

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Fin de Grado

El Trabajo Social en las terapias asistidas con
perros: proyecto de intervención con
diversidad funcional y cuidados paliativos

Estudiante: Vega Fernández, Rocío

Director: Gómez Quintero, Juan David

Co-directora: Embid, Nuria

Zaragoza, Junio 2014.



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

Índice

Índice.....	3
Índice de tablas	5
Ilustraciones	5
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. Justificación	8
2. METODOLOGÍA	11
3. FUNDAMENTACION.....	15
3.1. Definición de las Terapias asistidas con animales	15
3.2. Historia de la Terapia Asistida con perros.	16
3.2.1. Evolución histórica internacional.	16
3.2.2. Evolución histórica a nivel nacional.	19
3.2.3. Evolución histórica local.	20
3.3. Marco Normativo de las TAAC.	22
3.4. Ámbitos de actuación: Personas con Diversidad Funcional y Pacientes en cuidados paliativos.	22
3.4.1. Las TAAC y la Diversidad Funcional	23
3.4.2. La evolución histórica de los modelos explicativos de la Diversidad Funcional.	25
3.4.3. Clasificación de tipos de Diversidad Funcional con las que se trabaja en el proyecto de intervención.	26
3.4.3.1. Las TAAC y el Síndrome de Down	27
3.4.3.2. Las TAAC y El Autismo	27
3.4.3.3. Las TAAC y la Parálisis cerebral.....	28
3.4.4. Marco normativo de la Diversidad Funcional.	28
3.5. Las TAAC y los Cuidados Paliativos.	29
3.5.1. Historia Cuidados Paliativos.	29
3.5.2. Definición Cuidados Paliativos.	32
3.5.3. Normativa Cuidados Paliativos.....	32
3.6. Análisis del contexto.....	34
3.6.1. Vía de intervención para el Trabajo Social en las TAAC	35
3.6.2. Papel del Trabajo Social en cuidados paliativos en relación a las TAAC.	37

3.6.3 Papel del Trabajador social en la Diversidad Funcional en relación a las TAAC	38
3.6.3. El Papel del animal dentro de la relación terapéutica.....	39
3.6.4 Ley de la Dependencia: reto aún pendiente para las TAAC....	40
3.6.5 Modelo sistémico: un marco de intervención para las TAAC ..	42
3.6.6 Definición del término familia, papel principal en las TAAC....	43
3.6.7 Intervención familiar en la diversidad funcional en relación a las TAAC.	44
3.6.8 Intervención familiar en cuidados paliativos en relación a las TAAC	45
3.6.9 Intervención familiar en el duelo.....	47
4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN: <i>CANISFIDELIS</i> , LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN LAS TAAC	50
4.1 Necesidades sociales, estrategias de intervención y pertinencia del proyecto.....	50
4.1.1 Causas que generan las necesidades de ambos colectivos..	50
4.1.1.1 Exclusión	50
4.1.1.2 Sobreprotección.....	51
4.2 Análisis del diagnóstico a través de las técnicas de recogida de información	53
4.2.1 Resultados.....	55
4.3 Marco institucional, ámbito territorial de actuación y delimitación temporal	57
4.4 Objetivos generales y específicos del proyecto.....	58
4.5 Actividades para el cumplimiento de los objetivos.	59
4.6 Metodología de la intervención.	63
4.7 Recursos.....	65
4.7.1. Recursos Humanos.....	65
4.7.2. Recursos materiales y técnicos.	65
Recursos materiales	65
Recursos técnicos.....	66
4.8 Presupuesto	66
4.9 Temporalización.....	68

4.10 Evaluación.....	73
5. Conclusiones	78
6. Anexos	80
6.1. Anexo 1. Cuestionario evaluación a usuarios	80
6.2. Anexo2. Encuesta de satisfacción para familiares.....	82
7. Bibliografía	83
8. Webgrafía	85

Índice de tablas

Tabla 1, Principios de la ley de la dependencia y su relación con las TAAC.....	41
Tabla 2, Registro de entrevistas a profesionales de las TAAC.	55
Tabla 3, Actividades	60
Tabla 4, Presupuesto.	66
Tabla 5, Fase 1.	69
Tabla 6, Fase 2.	70
Tabla 7, Fase 3.	70
Tabla 8, Fase 4.	71
Tabla 9, Fase 4.	72
Tabla 10 Fase 5.	73
Tabla 11 y 12, Evaluación objetivos para personas con diversidad funcional y en tratamiento paliativo.	77
Tabla 13, Grado de satisfacción de los familiares.	82

Ilustraciones

Ilustración 1, Participantes de la sesión.	16
Ilustración2 Las TAAC y los cuidados paliativos	31
Ilustración 3 Las TAAC y el Síndrome de Down.	57

1. INTRODUCCIÓN

Desde que tuve claro que quería estudiar trabajo social, decidí enfocarlo hacia dos ramas que siempre me habían fascinado, la discapacidad y la tercera edad. Lo que yo no sabía era todo lo que me podían ofrecer dos simples palabras, ese amplio abanico de campos en los que podía trabajar. Y no fue hasta éste, mi último año, realizando las prácticas en el Hospital San Juan de Dios, cuando me di cuenta lo útil que también podía llegar a ser ayudando a las personas en un momento tan difícil y dramático, como es el final de la vida.

Quería ayudar a todas ellas de una manera original, innovadora, que no estuviera basada en la terapia actual, sino que abarcara mucho más, que trabajara otro tipo de dimensiones del individuo. Quería llegar más lejos pero no sólo con ellos, también con mi futura profesión. Sé que el Trabajo Social es muy amplio, y que si nos lo proponemos podemos ser partícipes al igual que otros muchos profesionales, en muchos aspectos que incidirían activamente en la mejora de la calidad de vida de las personas.

Así pues, un día volviendo a Zaragoza en el tren, escuché una conversación de un grupo de personas que hablaban sobre terapias asistidas con animales. Habían estado en un congreso en Sevilla¹, y volvían fascinados, no pensaban que esta terapia en la que se pudiera emplear un animal “diese para tanto” y “produjese tantos beneficios”. De modo que, decidí investigar, y tras meses de búsqueda, di con varias entidades que llevan a cabo esta terapia. Lo más impactante fue encontrarme con trabajadoras sociales, no me imaginaba que mi futura profesión tuviese un papel tan importante en ella. A partir de ahí, quise conocer dicho papel o más bien la labor que podría desempeñar, y por eso se me ocurrió la idea de “montar este proyecto”. El objetivo principal es que pueda llegar a todos aquellos que las necesitan, y poner en entre dicho todas esas posibles

¹ I Congreso nacional sobre gestión, legislación y terapias alternativas para animales de compañía, Sevilla, 2013.

afirmaciones que definen este tipo de intervenciones como “poco profesionales” o “poco creíbles”, lo que probablemente puede deberse a la escasa sistematización de estas experiencias.

Inicialmente me había planteado la posibilidad de incluir además de la terapia asistida con perros, otras terapias con animales como la hipoterapia, e incluso acudí a la Yeguada Aragón para conocer en primera persona como se llevan a cabo a las sesiones. Sin embargo, me extendía demasiado y decidí acotar el trabajo, centrándome únicamente en las primeras a través de un proyecto de intervención.

Un proyecto de intervención es un modelo de emprendimiento a ser realizado con las precisiones de recursos, de tiempo de ejecución y de resultados esperados (Ibarrola, 1972).

Así pues, el proyecto englobará la terapia asistida con perros dirigida a dos colectivos con necesidades que deben ser atendidas en mayor profundidad. Según estudios realizados² dentro de este campo, queda demostrado, como la simple presencia de un animal, en este caso del perro, puede influir muy positivamente a nivel físico, psicológico y psicosocial, proporcionando una serie de beneficios como la reducción del estrés, la evitación del aislamiento social y la depresión, la mejora de las condiciones físicas, potencia el empoderamiento y la autonomía, aumenta la interacción social...etc.

El proyecto de intervención que se propone es de aplicación de Terapias Alternativas Asistidas con Animales (TAAC) en el campo de las personas con diversidad funcional (Síndrome de Down, Autismo y Parálisis Cerebral) y en el de enfermos en cuidados paliativos, ya sea en hospitales o en su propio domicilio.

En cuanto a los animales, en este caso perros, pueden ser de cualquier raza, depende del animal. El carácter es individual, solo depende de eso y del adiestramiento que se le imparta.

Los perros deben tener una perfecta socialización en su etapa de cachorro, de los 2 a los 5 meses aproximadamente para estar

² Centro de formación permanente de la Universidad de Sevilla.

preparados ante todo tipo de personas, sonidos, estereotipos, situaciones y lugares. No puede reaccionar mal ante determinada circunstancia durante la sesión.

1.1. Justificación

Los animales siempre han constituido un papel muy importante en la vida de las personas, no sólo por su compañía sino por formar parte de procesos terapéuticos.

Desde hace siglos se vienen usando animales para tratar diferentes patologías, aunque la mayoría de los autores coinciden en que este uso con fines psicoterapéuticos puede situarse en los años 60, cuando el psiquiatra Boris M. Levinson (1962) publicó “El perro como co-terapeuta”. En este libro, destaca el valor terapéutico que tiene para una familia la tenencia de un animal, así como los beneficios que puede aportar un perro como co-terapeuta durante una sesión de terapia.

En las TAAC se plantean una serie de objetivos y metas para la mejora de la calidad de vida de las personas. Bajo estas terapias, la mayoría de las personas inconscientemente reacciona de manera positiva hacia la relación con el animal. Los estudios³ demuestran que en ocasiones, lo que los profesionales no han conseguido por los medios habituales, se puede conseguir a través del apoyo de un animal (Fine, 2010).

Los grupos de personas a las que se les puede aplicar las TAAC son múltiples. Quizás el efecto terapéutico es más notorio con niños y ancianos, pero hay otros muchos colectivos, como personas con problemas psíquicos, drogadicción, personas enfermas de VIH o mujeres víctimas de violencia de género (Fine, 2010). En este caso, el

³Banks MR, Banks WA. *The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities*. Med Sci 2002;57(7):M428-M432.

Churchill M, Safaoui J, McCabe BW, et al. *Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease*. J PsychosocNursMentHealthServ 1999;37(4):16-22

proyecto se centrará en personas con diversidad funcional y enfermos en tratamiento paliativo

Para iniciar la terapia se deben definir unos objetivos previos y unas actividades para la consecución de los mismos. La interacción entre el hombre y el animal puede promover una serie de reacciones, sentimientos, estímulos sin duda muy beneficiosos para el paciente (Fine, 2010).

Se considera relevante la elaboración de este proyecto de intervención, ya que son muy escasos los estudios⁴ realizados en torno a estas terapias y la escasa formación específica de profesionales de diferentes sectores que puedan colaborar en las mismas.

Se han realizado terapias asistidas con animales, en muchos campos o ámbitos de intervención. Desde la discapacidad mental y física, en residencias de personas mayores (Residencia Miraflores, Zaragoza), hasta personas con esclerosis múltiple (Fadema, Zaragoza) e Ictus Cerebral (AIDA, Zaragoza).

Resaltar también, el escaso apoyo por parte de las administraciones públicas y entidades que, en contadas ocasiones, tienen en cuenta las necesidades que pueden presentar las personas en determinados momentos de su vida, y mucho menos sus propias familias. Además del escaso marco normativo en referencia a las TAAC y colectivos tan vulnerables como pueden ser las personas con diversidad funcional o personas en fase terminal.

Por otro lado, se focalizará en la labor del Trabajador Social, profesional que pueda aportar otro tipo de visión en la terapias y puede llegar a indagar en dimensiones del individuo y su familia que hasta entonces no se habían trabajado.

⁴ Tras revisar ZAGUAN, encontré un trabajo similar de una compañera que proponía la utilización de terapias alternativas como la risoterapia. Aquí también el Trabajo Social podía abrirse camino.

Los resultados de este proyecto se esperan que sean notables, y que en cierta manera se produzca un aumento del grado de calidad de vida de los colectivos a los que va dirigido.

Es un proyecto inédito e innovador en Trabajo Social, las terapias asistidas con perros pueden ser un buen recurso para que el trabajador social pueda dar una respuesta coherente a las necesidades sociales de los diferentes colectivos.

2. METODOLOGÍA

Para que un proyecto de intervención sea efectivo y de calidad es recomendable partir de una metodología empírica.

Este proyecto se desarrollará en base a las siguientes fases, utilizando como referencia el Enfoque del Marco Lógico:

1. Fase de Preparación:

La fase de preparación consta de tres apartados de estudio. En primer lugar, la fase de fundamentación histórica y teórica a través de fuentes bibliográficas y datos estadísticos. Se tomará como referencia la lectura de investigaciones y estudios que se hayan elaborado en cuanto a terapia asistida con animales en estos ámbitos. En segundo lugar, el análisis de la realidad social de ambos colectivos, definiendo sus necesidades sociales más significativas y sus posibles causas. A través de fuentes primarias y secundarias, además del empleo de la técnica de observación participante para observar los cambios en la realidad de la atención terapéutica.

A través del estudio de estas fuentes se distinguen dos ámbitos de aplicación de la terapia: personas con diversidad funcional y pacientes en tratamiento paliativo. En estos colectivos se identifican las posibles causas que generan necesidades sociales, las cuales se avalan mediante el estudio bibliográfico. Estas causas son la exclusión social y la sobreprotección que dan lugar, en el caso de personas con diversidad funcional, a la necesidad de crear redes sociales de apoyo que permitan trasladar a los usuarios unas herramientas y conocimientos que les otorgue empoderamiento y autonomía para que en un futuro puedan autoprotegerse sin tener que depender de un apoyo externo. En el caso de pacientes en tratamiento paliativo, las necesidades están más vinculadas a la sobreprotección familiar, que consiste en el intento de paliar el impacto que causa la enfermedad en la persona.

Por último, el análisis del papel del Trabajo Social en relación a las TAAC, para ello, se realizarán entrevistas a profesionales

en el marco de intervenciones asistidas, y más concretamente a trabajadores sociales que, o bien colaboren en sesiones, o trabajen con personas con diversidad funcional o en tratamiento paliativo, con el fin de conocer su visión ante este nuevo recurso. Las entrevistas estarán estructuradas o semi-estructuradas y girarán entorno a tres variables. A través del muestreo se decidirá a quién y a cuántos individuos se va a preguntar, y posteriormente se hará un sondeo para que, de manera voluntaria o intencional, alguna entidad pueda colaborar con el proyecto.

Para acabar esta fase se llevará a cabo la elaboración de un diagnóstico terapéutico o personal, con el fin de identificar la problemática, las necesidades y la importancia de poner en marcha las terapias. Este diagnóstico es esencial para justificar la formulación del proyecto y dar un respaldo a los objetivos fijados en él.

2. Fase de la formulación y diseño:

Como objetivo general que guía el proyecto se encuentra la mejora de la calidad de vida de estas personas, y conocer cómo el Trabajo Social potencia esta mejora mediante el empleo de las TAAC. En esta fase se definen los objetivos terapéuticos para cada colectivo en relación a las necesidades específicas que afectan a cada uno de ellos. Para las personas con diversidad funcional estarán basados en el fomento del empoderamiento, la autonomía, las relaciones sociales y la socialización y participación en su entorno socio-familiar.

Para los pacientes en tratamiento paliativo irán dirigidos al apoyo emocional y a la creación de un espacio de expresión libre de sentimientos y emociones.

Para el desarrollo de los objetivos tanto generales como específicos se diseñarán una serie de actividades acordes a cada necesidad y colectivo. Se dividirán en diferentes partes, las cuales se caracterizarán por contener una serie de tareas que se deberán cumplir según la duración y la frecuencia señaladas. El diseño de las

actividades está recogido en el apartado de actividades del presente documento.

Para la elaboración del marco institucional, se tomará como referencia Espacio Itaca, empresa que lleva a cabo intervenciones asistidas con perros. Durante la planificación de este marco se seleccionarán las entidades a las cuales va a ir dirigido el proyecto, así como la estimación del tiempo de implantación del mismo.

En cuanto a los recursos que se designarán, se distinguen tres tipos, humanos, materiales y técnicos. Los recursos humanos corresponden a los profesionales que intervendrán en la terapia, y deberán ser remunerados. Los recursos materiales y técnicos deberán ser adecuados para el desarrollo de la terapia.

Por el último, en el presupuesto se tendrá en cuenta el coste de los salarios, el coste de los recursos materiales y técnicos y los gastos propios del animal. La vía de financiación del presupuesto será a través de la venta de los servicios y actividades que comprende el proyecto a las diferentes entidades que estén interesadas en adquirirlo.

3. Fase de implantación y ejecución del proyecto: El proyecto será llevado a cabo en base a un cronograma en el periodo 2014/2015, con una duración de septiembre a junio (durante el periodo lectivo). Para el logro de los objetivos fijados se llevarán a cabo unas actividades, que como ya se ha mencionado anteriormente se desarrollarán siguiendo una duración y frecuencia estipulada en función de los ámbitos de actuación del proyecto y sus necesidades.

Las actividades irán guiadas por dos profesionales, uno que atienda al usuario y otro al animal. Este proyecto cuenta con 8 actividades aunque podrán variar en función de las necesidades de ambos colectivos y lo que se quiera trabajar con ellos.

4. Fase de Evaluación y Seguimiento: habrá tres formas de evaluación y seguimiento, una del proceso del proyecto, otra del

impacto generado en la entidad, y otra de los resultados en los participantes. Después de cada sesión se evaluará su desarrollo y los posibles aspectos a mejorar o cambiar para la siguiente, y una evaluación final para analizar el cambio o impacto generado en la persona. La evaluación de la sesión será realizada por el profesional que haya intervenido, al igual que el guía canino evaluará la labor del animal y su comportamiento. En la final se reunirá todo el equipo. Para la evaluación del proceso y el impacto del proyecto serán los profesionales los que evalúen en función de unas encuestas de satisfacción entregadas a participantes y sus familias. También para conocer cómo afecta la implantación de la terapia en el desarrollo de la actividad profesional se realizarán entrevistas a los distintos profesionales que apliquen esta terapia o pretenden hacerlo.

Para la evaluación de los resultados en los participantes, el profesional que desarrolle la terapia deberá seguir una observación participante en la que se recojan los logros y/o dificultades que conlleve la terapia para los pacientes. Se utilizará una guía con las variables a analizar durante las sesiones.

En cuanto a la ejecución presupuestal se distinguen dos fases de búsqueda de financiación para tener un fondo de maniobra, que permita cubrir el presupuesto estimado, además de poder contar con capital extra para posibles gastos extraordinarios no tenidos en cuenta. Para ejecutar el presupuesto en un principio se optará por financiación privada a través de entidades bancarias, y una vez con su puesta en marcha la vía de financiación será la venta de los servicios y actividades a entidades interesadas.

Para que esta ejecución sea rentable se realizará una evaluación financiera.

3. FUNDAMENTACION

El objetivo de este apartado es fundamentar el proyecto de intervención que se va a diseñar. Para ello, es importante que se analicen las necesidades sociales de nuestros colectivos objetos de atención, las posibles intervenciones que podrían implementarse desde el propio Trabajo Social y la pertinencia del proyecto que se plantea (beneficios y utilidades, eficiencia y posibles consecuencias de la no atención de las necesidades identificadas).

3.1. Definición de las Terapias asistidas con animales

Para M. Tucker (2004):185-203, las TAAC se definen como “modalidad de tratamiento terapéutico en la que un animal, que cumple determinados criterios o requisitos, forma parte integral de un proceso terapéutico. Este tipo de terapia está dirigida por un profesional, y es él quien marca los objetivos tanto generales como específicos del tratamiento. Su propósito es el de fomentar la mejoría en el funcionamiento físico, social, emocional y/o cognitivo de las personas. Se puede realizar en una amplia gama de contextos y puede llevarse a cabo en grupo o de forma individual. El proceso debe ser documentado y evaluado por el profesional”.

El animal forma parte integral del proceso terapéutico porque a través de los adiestramientos y el aprendizaje de los ejercicios para la actividad, motiva al usuario a realizar la actividad planificada por el terapeuta. Todo ello en base a las pautas que le va marcando el guía canino (ARRIAZA C, 2001).

El rol del profesional es de terapeuta. Tiene la labor de evaluar, planificar las sesiones de acuerdo a los objetivos de tratamiento y reevaluar los progresos. Es de suma importancia que el terapeuta no asuma el rol de guía del animal en forma simultánea, pues el que sean personas diferentes permite mejor control sobre la sesión y evita problemas en caso de descompensación del Usuario/ Paciente o descontrol del animal (ARRIAZA C, 2001).

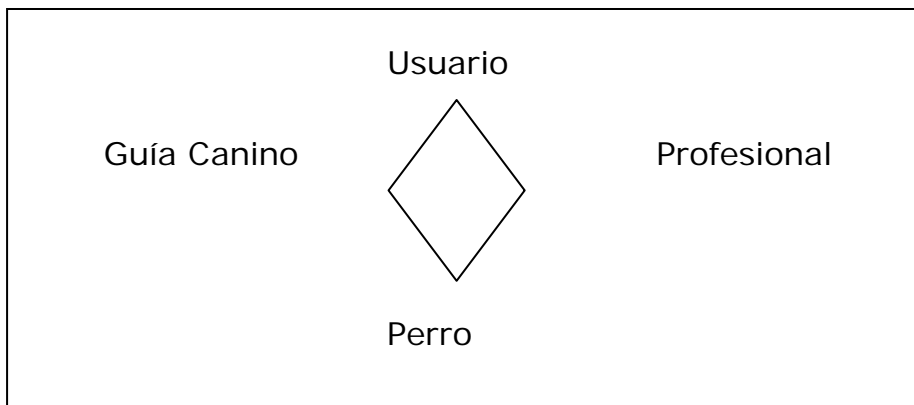


Ilustración 1, Participantes de la sesión.

Elaboración propia.

El objetivo del usuario no está puesto en una parte de su cuerpo o en alguna “deficiencia” que requiera mejorar, sino en la interacción con el perro y logro de la actividad; la persona despliega sus habilidades, recibiendo a través del comportamiento del animal una respuesta inmediata a una acción lograda, lo que es altamente motivante, y por consiguiente trae consigo muchos beneficios como la mejoría en su funcionamiento físico, social, emocional y/o cognitivo.

Las sesiones pueden ser tanto en grupo o de forma individual, en todo caso, los usuarios tienen el rol de participar activamente de las sesiones considerando las indicaciones del profesional a cargo (ARRIAZA C, 2001).

3.2. Historia de la Terapia Asistida con perros.

En este apartado se realizará un recorrido por la historia de la terapia con perros a nivel internacional, nacional y local.

3.2.1. Evolución histórica internacional.

A lo largo de la historia, los animales siempre han tenido un papel muy importante en la vida de las personas (alimentación, compañía, transporte, ocio...). Incluso se llegó a pensar que tenían poderes curativos. Pero poco a poco fueron perdiendo protagonismo en la Época del Medioevo y del Renacimiento, debido a los sistemas de creencias antropocentistas y monoteístas.

No fue hasta finales del siglo XVII, que se retomó la teoría de que los animales actuaban como agentes socializadores. Así se empezó a fomentar las relaciones nuevamente con ellos. El uso de animales en fines terapéuticos tiene una larga historia, pero su uso extensivo, documentado y organizado es relativamente nuevo.

En Europa, concretamente en Inglaterra se realizó el primer experimento documentado y registrado. Fue en 1792 con la Fundación del York Retreat (fundador William Tuke), un Centro de Rehabilitación especialista en el cuidado de pacientes con enfermedad mental, para proporcionar atención a las personas con necesidades complejas. Tiene la distinción de haber sido el primer establecimiento en Inglaterra, donde las personas con enfermedad mental podían llegar a recuperarse. Los pacientes fueron tratados con compasión, respeto y dignidad. La fundación tuvo una profunda influencia en la opinión pública, dando lugar, a una reforma fundamental de las leyes relativas a las enfermedades mentales y su tratamiento (Roposa Roblejo, García Wilson, & Puente Sani, 2009).

En la actualidad sigue en funcionamiento, y se utilizan animales como terapeutas mostrando grandes beneficios socializadores y psicológicos en los enfermos.

La terapia con animales de compañía en instituciones mentales de Inglaterra y países vecinos se fue extendiendo a lo largo de todo el siglo XIX. Otro ejemplo importante, fue en 1867, en el que animales de compañía intervinieron en el tratamiento de epilépticos en un sanatorio de Bielfield, Alemania.

Según Florence Nightmales, considerada la madre de la enfermería moderna, en sus "Notes of nursing" (1980) reconocía los efectos beneficiosos de las terapias con animales. La autora manifiesta que un animal es, a menudo, una compañía maravillosa para enfermos, especialmente en casos de enfermedad crónica.

A pesar del aparente éxito de la intervención terapéutica animal en la atención de las personas, durante la primera mitad del siglo XX

disminuyó su aplicación debido a la llegada y al gran auge de la medicina científica.

En la segunda mitad del siglo XX se volvió a retomar el uso de animales de compañía como terapeutas, gracias también a que se empezó a registrar y a demostrar científicamente los aparentes beneficios que éstos generaban.

El principal motivo de este cambio de ideas fue un novedoso estudio realizado en Estados Unidos con 92 pacientes. Se comprobó que los pacientes que eran propietarios de una mascota vivían más años que los que carecían de la misma.

A este estudio le siguieron muchos más abriéndose de nuevo el debate sobre los múltiples beneficios que ofrecen los animales de compañía y así fue como empezó a surgir el término de Terapia Asistida con Animales de Compañía.

En Estados Unidos, son numerosos los estudios y trabajos que se han ido realizando, algunos de ellos, así como sus autores, se mencionan a continuación (Martínez Abellán, 2008).

En 1948, el Dr. Samuel B. Ross fundó en Nueva York el centro Green Chimneys, una granja para la reeducación de niños y jóvenes con trastornos del comportamiento mediante el trabajo con los animales y que sigue activa actualmente.

El Doctor Boris M. Levinson en 1953, comprobó el potencial de su perro como terapeuta utilizándolo en sus sesiones. Fue pionero en emplearlas con niños con trastornos del comportamiento, déficit de atención y problemas de comunicación obteniendo grandes resultados (Martínez Abellán, 2008).

Samuel y Elisabeth Corson, en 1974, realizaron un programa para evaluar la viabilidad de la TAAC en un hospital psiquiátrico con 50 pacientes que no respondían al tratamiento tradicional, obteniendo un notable aumento de la comunicación, aumento de la autoestima, independencia y capacidad de asumir responsabilidad para el cuidado de los animales.

En el Centro Médico Forense de Dakwood (Ohio), David Lee, un trabajador social, introdujo animales que actuaron de catalizadores de interacciones sociales entre el personal y los pacientes, y entre los mismos pacientes, lo que redujo significativamente la violencia (Fine, 2003).

3.2.2. Evolución histórica a nivel nacional.

En el ámbito nacional, actualmente hay varias asociaciones y fundaciones que llevan a cabo programas de TAAC en diferentes entornos. Una de las primeras fue creada en 1987, la Fundación Purina⁵ (en la actualidad Fundación Affinity). Su objetivo era llevar a cabo una iniciativa para promover el papel de los animales de compañía en la sociedad, mediante campañas antiabandono de animales y apoyos para implantar programas de TAAC colaborando con la Sociedad Española de Psiquiatría. Estos programas se dirigen principalmente a: ancianos, delincuencia (centros penitenciarios y centros de menores), personas con diversidad funcional, víctimas de malos tratos y abusos sexuales, Programas para pacientes con VIH, programas de cuidados paliativos, Hospitales, Colegios, centros para personas con trastornos del desarrollo...etc.

También destaca la Fundación Bocalán⁶, una entidad de carácter social que se dedica a mejorar la calidad de vida de personas en situaciones de discapacidad o desventaja social a través del estudio de la conducta y la implementación de programas de perros de asistencia o terapia y educación asistida con animales.

Cuentan con sedes en más de diez países, haciendo énfasis en cada uno de ellos en un área diferente. En España se dedican a trastornos como el autismo, la discapacidad física y a proyectos de investigación relativos a la detección de hipoglucemias en personas

⁵Fundación Affinity: <http://www.fundacion-affinity.org>. Consultado: 5 Diciembre 2013

⁶Fundación Bocalan: <http://www.bocalan.es>. Consultado: 5 Diciembre 2013.

con diabetes, mientras que en países latinoamericanos su enfoque está dirigido al tratamiento del abuso sexual en la infancia. Actúan en cuatro continentes, mejorando la calidad de vida de muchas personas a través de los animales y la experiencia en el Análisis Conductual Aplicado.

3.2.3. Evolución histórica local.

A nivel local no existen estudios o análisis que describan la evolución de las terapias con animales. Por ello he recurrido a realizar un sondeo con el fin de conocer las diferentes entidades que llevan a cabo estos programas.

Como entidad colaboradora, se destaca Espacio Itaca creada en 2011. Es una empresa pionera y experta en las Intervenciones Asistidas con Animales, en especial con perros.

Introducen perros especialmente preparados por el equipo en distintas disciplinas profesionales de forma que supongan un motivador y una herramienta para ayudar al terapeuta a conseguir los objetivos que busca en sus usuarios. Son perros propios del equipo que desde su infancia han sido preparados y socializados con el fin de que se habitúen a estar con todo tipo de usuarios, de cualquier edad y condición física o intelectual. Su comportamiento ha sido moldeado para que no exista ninguna reacción ante muletas, sillas de ruedas, sonidos, estereotipias... El control veterinario es exhaustivo ya que en ocasiones van a trabajar con usuarios que tienen mermado su sistema inmunitario.

Espacio Ítaca⁷ cuenta con guías caninos y técnicos en IAA que educan a los perros para tal fin y están en todo momento presentes en las intervenciones para encargarse tanto del buen trabajo de los co-terapeutas caninos como de su bienestar, tema que es prioritario en cualquier intervención, únicamente las sesiones en las que tanto el terapeuta, el usuario, el guía canino y el animal acaban contentos son

⁷Espacio Itaca: www.espacioitaca.com. Consultado: 13 de Enero.

las que reciben nuestra aprobación. Las sesiones se programan antes de realizarlas definiendo los objetivos que se buscan y cómo conseguirlos y después de haberse realizado se analizan los resultados.

Posteriormente se creó Canemterapia⁸. Es una entidad formada por varios equipos multidisciplinares, que tienen en común el uso de animales como base en el trabajo a realizar por terapeutas y educadores. Realiza en la actualidad multitud de proyectos a lo largo de la geografía de la península ibérica, implicando para ello a los equipos multidisciplinares de sus delegaciones, como es el caso de esta ciudad.

Somos dos⁹: Entidad siempre ligada a proyectos educativos con personas con diversidad funcional. Ofrece la posibilidad de una integración real desde la educación y el ocio desde el disfrute del ocio y tiempo libre.

Genes y gentes¹⁰: La Fundación Genes y Gentes (Genética En la Nueva Era Social. Genética, Nuevas Tecnologías y Evolución Socio sanitaria) es una Entidad declarada de Interés Social y sin ánimo de lucro; pionera en España por su interés y preocupación social sobre temas genéticos nace con vocación de apoyar permanentemente a cualquier miembro de la sociedad, persona natural o jurídica, en la formación, educación, investigación y protección genético-social, desde el reconocimiento de la dignidad, derechos y libertades fundamentales de las personas. Entre sus programas destaca el Programa "animal amigo", es una terapia innovadora y complementaria de rehabilitación, reeducación y socialización en la que se utiliza como herramienta fundamental de intervención el caballo (Hipoterapia).

En la Fundación los beneficiarios de las sesiones de Terapia Equina son preferentemente niños/as con discapacidad escolarizados en los Centros Públicos de Educación Especial de Zaragoza. Todos

⁸Canemterapia: www.canemterapia.com. Consultado: 15 de Enero.

⁹ Somos dos: www.terapiaconanimalesomosdos.wordpress.com Consultado: 15 de Enero.

¹⁰ Genes y gente: www.fundaciongenesygentes.es Consultado: 3 Marzo 2014.

presentan necesidades educativas especiales permanentes y en muchos casos muy significativas, derivadas de discapacidades intelectuales, físicas, sensoriales y/o de personalidad.

En el desarrollo de las sesiones, los niños/as con discapacidad, además de aprovechar los beneficios que aporta el caballo (físicos, psíquicos y emocionales) se benefician también de una intervención psicoeducativa en la que siguiendo criterios evolutivos y funcionales, se trabajan todas las áreas del desarrollo de los niños/as con el objetivo final de mejorar su calidad de vida.

3.3. Marco Normativo de las TAAC.

A nivel internacional, dentro del marco normativo, no se refleja ninguna ley que ofrezca cobertura a las TAAC.

A nivel nacional, también se desconoce que exista algún tipo de legislación que regule este tipo de terapias. Solo se tiene constancia a nivel autonómico, en la Comunidad Valenciana la *“Ley 12/2003, de 10 de abril, de la Generalitat, sobre Perros de Asistencia para Personas con Discapacidades”*.

Con estos pequeños ápices lo que se pretende es dar conocer el vacío legal existente en referencia a la relación entre las TAAC y la diversidad, y la necesidad de formación específica por parte de profesionales de diferentes ramas para que puedan poner en marcha estas iniciativas tan innovadoras.

3.4. Ámbitos de actuación: Personas con Diversidad Funcional y Pacientes en cuidados paliativos.

Primero se hará un recorrido por el campo de la discapacidad o diversidad funcional como se conoce actualmente a este término, destacando los aspectos más importantes, como la evolución que han sufrido los diferentes términos que han acuñado a las personas con diversidad funcional, su marco normativo, y por último se realizará una clasificación de los tres tipos de discapacidad a los que irá dirigido este proyecto de intervención.

Posteriormente se analizará por igual la atención integral que se realiza a pacientes en cuidados paliativos, mostrando el vacío legal existente en referencia a este ámbito de actuación.

3.4.1. Las TAAC y la Diversidad Funcional

Según la Organización Mundial (OMS), Todo ser humano tiene unas capacidades y limitaciones diferentes y cambiantes las unas de las otras, ya que cada persona es única y distinta a las demás. La diferencia reside en que cada persona tiene más o menos potenciadas ciertas capacidades.

Afirma José Luis Vázquez-Baquero¹¹ que *“no hay individuos discapacitados, sino personas con déficit que tienen otras potencialidades que pueden ser, si son convenientemente tratadas, superiores a la media.”*

El principio universal de la discapacidad recogido en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) supone un nuevo modelo de comprensión de la discapacidad, en el que juegan un papel muy importante no sólo el déficit del individuo, sino la interacción con la sociedad y el entorno.

La Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI, 1982), en su artículo 7 define al colectivo como toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales.

Con el término “minusválido” se incide en una connotación negativa. Se presenta a la persona como alguien biológicamente imperfecto que necesita ser rehabilitado para que pueda situarse dentro de unos patrones de “normalidad” impuestos por la sociedad. Ninguna persona es menos válida que otra porque tenga impedidas

¹¹Director de la Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. Artículo diariomedico.com. Fecha de publicación: Noviembre 2005. Consultado: 20 Marzo 2014.

algunas de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones sensoriales, físicas o intelectuales.

Del término “minusválido” se pasó al de “discapacidad”, así lo recogió la Ley de Igualdad de Oportunidades 51/2003.

La OMS en 1980¹², vino a establecer tres niveles de reconocimiento del problema, con los términos de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Los definía de la siguiente forma:

Deficiencia: “Cualquier pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias representaban trastornos de carácter orgánico. Se caracteriza por déficit, pérdidas o anomalías que pueden ser permanentes o temporales y representa la exteriorización de un estado patológico que puede afectar a cualquier miembro, órgano, tejido o estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental”.

Discapacidad: “Toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”(Minguijón Pablo, 2005).

Minusvalía: Se define como “una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal.”

Con estas diferentes connotaciones muy difícilmente cabrían estas terapias. Antes se veía a la persona con diversidad funcional como un ser en desventaja social y vulnerable, que no entraba dentro del rol considerado como normal. Para ello debía ser rehabilitado, tratando de paliar sus disfunciones.

En la actualidad, se está produciendo la transición desde la denominación dis-capacidad a la de diversidad funcional. La propuesta es asumir que la diversidad funcional expresa, en el orden de la

¹² Recogido en el artículo “Discapacidad y empleo”, editado por el Instituto Aragonés de empleo y Caja Inmaculada Servicio de estudios. Fecha de publicación: Noviembre 2005. Fecha de Consulta: 20 Marzo 2014.

normativa vigente actual, una anomalía que contiene potencialmente la capacidad de superar ese orden normativo (Rodríguez Díaz, 2010).

Conceptualmente, dis-capacidad anuda dos discursos, el del modelo médico y el del modelo social. Ambos explicados en el siguiente apartado, y que anclan sobre la negación de la capacidad.

En ambos casos se asume la normalización médica del funcionamiento orgánico del ser humano, se asume que el déficit fisiológico es el orden de lo natural y por tanto irremediable. Esto último, indica como la utilización de las terapias no tendría sentido, puesto que da por hecho que la diversidad funcional es algo que no se puede remediar solo paliar.

La diversidad funcional conceptualiza el fenómeno en términos de una singularidad funcional, desenvolvimiento, apunta a la riqueza de un universo social de lo humano caracterizado por la diversidad.

El discurso de la diversidad funcional ha de asumir esta ardua tarea: reconsiderar la condición humana, su condición hecha carne, cuerpo y sentimiento, de la persona, con y sin discapacidad (Rodríguez Díaz, 2010).

A la luz de este cambio de paradigma las TAAC tienen cabida, pues trabajan por la integración plena del individuo y la normalización a través del fomento del empoderamiento, la autonomía y la socialización no solo con su entorno más cercano sino con la sociedad en general. Tratan de dar respuestas coherentes en base a sus necesidades.

3.4.2. La evolución histórica de los modelos explicativos de la Diversidad Funcional.

En Diversidad funcional a lo largo del tiempo ha habido diferentes modelos que la han ido definiendo, el modelo médico-biológico, el modelo social y el modelo bio-psicosocial. Con estos dos primeros enfoques tampoco cabría la posibilidad de pensar en las TAAC, ya que tratan de paliar la discapacidad. Con el modelo bio-

psicosocial en cambio, al ser un modelo basado en el bienestar y la mejora de la calidad de la vida de las personas, el uso de terapias alternativas favorecería en consideración tanto a los individuos como a sus familias, puesto que fomenta su integración.

A continuación se ofrece una breve descripción de cada uno de ellos:

El médico-biológico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. Está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta.

El modelo social considera el fenómeno como un problema de origen social y como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es atributo de la persona, sino un complicado conjunto de situaciones creadas por el entorno social. El manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Pide el cambio social.

El modelo Bio-psico-social tiene una visión integradora. Intenta conseguir una síntesis, proporcionando una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social, que sustentan la discapacidad, y así poder desarrollar políticas y actuaciones dirigidas a incidir de manera equilibrada y complementaria sobre cada uno de ellos.

3.4.3. Clasificación de tipos de Diversidad Funcional con las que se trabajará en el proyecto de intervención.

Dentro de todos los tipos de Diversidad Funcional existentes, para una mayor calidad del proyecto, este se centrará en tres

concretamente, ya mencionadas en la introducción, Síndrome de Down, Autismo y Parálisis Cerebral.

3.4.3.1. Las TAAC y el Síndrome de Down

El síndrome de Down se debe a una trisomía en el par 21 de cromosomas. Se caracteriza por un fenotipo complejo, con modificaciones asociadas en la morfogénesis de la cara, las extremidades, las manos y los pies, malformaciones viscerales, alteración de las constantes fisiológicas tales como la disminución del tono muscular e hiperlaxitud articular, características de envejecimiento acelerado y un retraso mental constante (Arranz Martínez, 2002).

Las personas con este síndrome que participen en las terapias con perros obtienen una serie de beneficios que sin la presencia del animal son muy difíciles de conseguir. Entre los principales destacan el aumento de la comunicación, la rapidez de respuesta ante las demandas; la potenciación de la motivación; el afianzamiento de conceptos básicos y cumplimiento de órdenes sencillas y el aumento de la interacción social (Ropesa Roblejo, García Wilson, & Puente Sani, 2009).

3.4.3.2. Las TAAC y El Autismo

El autismo es un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia casi invariablemente durante los primeros treinta meses de vida. Las respuestas a los estímulos auditivos y visuales son anormales y de ordinario se presentan grandes dificultades en la comprensión del lenguaje hablado. Existe generalmente un deterioro en el empleo social del lenguaje y los gestos. Es frecuente el comportamiento ritualista y puede incluir rutinas anormales. La capacidad para el pensamiento abstracto o simbólico y para los juegos imaginativos aparece disminuida. El índice de inteligencia también se ve severamente alterado en muchos casos (Baron-Cohen & Bolton, 2003).

El uso de las terapias en personas con autismo genera una serie de beneficios que sin la ayuda del animal difícilmente podrían apreciarse. Se reúnen en el aumento de las respuestas de socialización e interacción con otras personas o con el propio animal; el aumento de la motivación a través del perro; el aumento del tiempo en el que permanece sin deambular (si la persona presta atención e interactúa con el perro ya deja de deambular); la disminución de sus problemas de conducta; la potenciación de la comunicación y las relaciones interpersonales; el afianzar conceptos básicos y el cumplimiento de instrucciones; la disminución de sus estereotipias motoras; el aumento del tiempo de permanencia manteniendo la atención; la mejora del contacto visual (Medina Fernández, 1995).

3.4.3.3. Las TAAC y la Parálisis cerebral

Con esta denominación se agrupan una serie de síndromes encefalopáticos de etiología y pronóstico variable. El factor común es una afectación de tono muscular y del movimiento, de carácter no progresivo y secundario a una lesión sobre un cerebro en desarrollo (García Prieto, 1999).

La terapia con perros en personas con Parálisis Cerebral favorece en muchos aspectos como son la mejora del estado anímico y su motivación personal; el potenciar su motivación por las actividades diarias; el aumento de la interacción social; el afianzar conceptos básicos y cumplir órdenes sencillas; la disminución de la espasticidad motriz y trabajar sus movimientos en los miembros superiores, la relajación corporal (Roposa Roblejo, García Wilson, & Puente Sani, 2009).

3.4.4. Marco normativo de la Diversidad Funcional.

La Constitución Española 1978, hace referencia explícita a las personas con diversidad funcional en el artículo 49, que encarga a los poderes públicos la realización de "una política de previsión, tratamiento, readaptación e integración de los disminuidos físicos,

sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos...". Por otro lado, el artículo 14, establece el principio de igualdad de todos los ciudadanos ante la ley, prohibiendo la discriminación por razones de origen, sexo, religión o "cualquier otra condición o circunstancia personal o social."

Una ley importante a destacar es la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Se recoge en el apartado siguiente.

3.5. Las TAAC y los Cuidados Paliativos.

Las terapias asistidas con perros no sustituyen al resto de terapias sino que son complementarias porque no reemplazan ningún tratamiento ni psicológico, ni médico.

Son tratamientos no invasivos, destinados a conseguir un estado de equilibrio de las emociones. Se basan en un enfoque integrador y holístico de la enfermedad. Este enfoque es la base de la filosofía en cuidados paliativos.

3.5.1. Historia Cuidados Paliativos.

La palabra "Hospice" denomina instituciones que cuidan de los moribundos y es utilizada por primera vez en 1842 por Jeanne Garnier en Lyons Francia. Posteriormente Mary Aikenhead funda en 1879 con las Hermanas de la Caridad en Dublín el Lady's Hospice. Cicely Saunders en 1967 funda el St. Christopher de Londres a partir del cual se extiende por todo el mundo el "Movimiento Hospice". En 1969 se inicia el programa de atención domiciliaria.

En 1975 Penson y Fisher crean la primera "Unidad de Cuidados Continuados" en Christchurch Hospital en Dorset. Al mismo tiempo comienza a funcionar el Macmillan Nursing Service para "Cuidados domiciliarios" (Home Care) y los "Equipos de soporte" (Support team) para los hospitales. En 1977 nace la denominada "Medicina Paliativa"

actualmente reconocida por el Colegio de Médicos como especialidad en el Reino Unido (Derek Doyle). El término cuidados paliativos o medicina paliativa, que viene a sustituir a cuidados tipo Hospice, es acuñado en el Hospital Royal Victoria de Canadá (Belfor Mount 1977). El término es más universal, menos ligado a un entorno cultural y permite referirse a todo tipo de programas. De hecho, en el resto de los países europeos, éste es el término que se emplea en la actualidad.

En 1987 la OMS publica la guía titulada "Cáncer pain relief and palliative care", traducido posteriormente a varios idiomas. En 1989, la Oficina Regional para Europa de la OMS publica sus primeras recomendaciones sobre cuidados terminales en el cáncer bajo el título "Palliative cancer care".

En 1985 se publica en Medicina Clínica el primer trabajo en la literatura española que aborda el tema del enfermo en fase terminal. Después de tres años de funcionamiento con atención domiciliaria incluida, en octubre de 1987, es reconocida oficialmente la Unidad de Cuidados Paliativos por la dirección del Hospital (INSALUD).

El 20 de septiembre de 1990 el Ministerio de Sanidad otorga el nombramiento de representante español en el Subcomité de Cuidados Paliativos de la Comunidad Económica Europea en Bruselas dentro del programa europeo "Europa contra el Cáncer". En su reunión celebrada en mayo de 1991 en Estocolmo se establece la definición de Cuidados Paliativos. "Es un programa de asistencia Total, Activa y Continuada de los pacientes y sus familias por un equipo interdisciplinar, cuyo objetivo es dar calidad de vida, sin intentar alargar la supervivencia. Contempla las necesidades físicas, psicológicas y sociales del enfermo y sus familiares. Si es necesario incluye el apoyo del proceso de duelo". El 8 de enero de 1992 en Madrid se funda y registra la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) que reúne a diversos profesionales sanitarios: médicos oncólogos, médicos de cabecera y centros de salud, médicos anestesistas, enfermeras, asistentes sociales, psicólogos, religiosos y bioeticistas. Todos los que

en su tarea diaria atienden, cuidan y consuelan a los pacientes que no son curables. La historia inevitablemente va ligada a personas con nombres propios. (Porta & Albo Poqui, 1998)

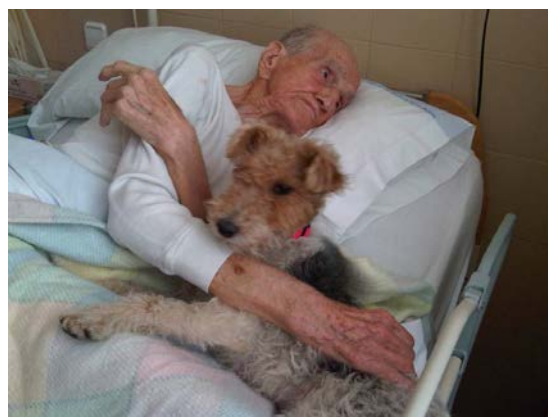
Han transcurrido 27 años desde que se inician los Cuidados Paliativos en España y 20 años desde la fundación de la SECPAL. Durante este período el desarrollo de la Medicina Paliativa no ha sido homogéneo en todo el territorio nacional. En aquellas autonomías con las competencias de sanidad transferidas han experimentado un mayor avance. No obstante en ámbito de influencia del INSALUD ha calado la necesidad de implementar este programa de salud, de forma que, mediante convenio (febrero 1998) con la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), se ha dotado a numerosos hospitales con unidades móviles de atención domiciliaria.

Diversas sociedades e instituciones de nueva creación han impulsado el desarrollo de la Medicina Paliativa en España. Desde entonces se asiste a un importante aumento en el número de equipos y programas que han hecho de la atención al enfermo en fase terminal su principal objetivo.

En cuanto a las terapias asistidas con animales se desconocían datos en relación a los cuidados paliativos en España

Ilustración2 Las TAAC y los cuidados paliativos

www.positivascan.com



hasta hace relativamente poco tiempo, pues el Hospital San Juan de Dios de Barcelona se ha puesto en marcha un programa para los niños de la Unidad de cuidados paliativos. En otros países como Argentina o Costa Rica ya llevan un tiempo implantadas, así me pudo comentar el Decano de la Universidad de Veterinaria de Buenos Aires.

3.5.2. Definición Cuidados Paliativos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó, en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos publicado en 1990, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial. Destacaba que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias. Posteriormente, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos: Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales". Los cuidados paliativos deberían comenzar en las fases tempranas del diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, simultáneamente con los tratamientos curativos. De la misma forma, incluso en las fases finales de la enfermedad, en las que el tratamiento es predominantemente paliativo, puede existir un espacio para el intento destinado a las medidas curativas. Por otro lado, el duelo puede requerir atención durante una fase prolongada.

Así, la transición de los cuidados curativos a paliativos es a menudo gradual, y debe basarse en las necesidades individuales de la persona más que en un plazo concreto de supervivencia esperada. (Bermejo, 2011).

3.5.3. Normativa Cuidados Paliativos.

En España no existe una Ley que legisle la atención integral al final de la vida de enfermos terminales.

Según Álvaro Gándara¹³, presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) es “urgente” reconocer los cuidados paliativos como una disciplina específica que requiere de un periodo “intenso e importante” de formación. La segunda gran “asignatura pendiente” que ha destacado es la cobertura de los cuidados paliativos, que todavía, dicta de ser la más idónea, por la falta de inversión en nuevos recursos y por la gran incidencia que la crisis económica está teniendo sobre los equipos, llegando incluso a suprimir algunos o reduciendo sus integrantes. En este sentido indica que sería necesario duplicar también el número de Unidades de Cuidados Paliativos para dar una cobertura al cien por cien.

En relación a los cuidados paliativos en Aragón se promulgó en 2011, La Ley 10/2011, de 24 de Marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y muerte. Dicha ley tiene por objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona ante el proceso de su muerte, los deberes del personal sanitario que atiende a estos pacientes, así como las garantías y medios que las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas, y otras entidades estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso.

Sus fines estarían basados en garantizar la dignidad de la persona en el proceso de su muerte, asegurar la autonomía del paciente y el respeto a su voluntad y valores vitales en la etapa final de su vida, dentro de los límites reconocidos en la legislación básica en la materia, incluyendo la manifestada mediante el documento de voluntades anticipadas.

¹³Periódico la Información:

http://noticias.lainformacion.com/mano-de-obra/contratos-cuidado-de-la-salud/secpal-denuncia-que-no-exista-una-ley-nacional-de-cuidados-paliativos-que-legisle-la-atencion-integral-a-estos-enfermos_Lcy0QBMgUJ8qGCo5JmJRL/

Consultado: 12 de Marzo del 2014.

Dos artículos en relación a este tema serían el 12, el cual relata el derecho del paciente a recibir cuidados paliativos integrales y a la elección del domicilio para recibirlos. Todas las personas afectas de una enfermedad grave, irreversible y de pronóstico mortal, que se encuentran en situación terminal o de agonía tienen derecho al alivio del sufrimiento, mediante cuidados paliativos integrales de calidad, en el lugar elegido por el paciente y, si su situación lo permite y así lo desea, en el domicilio (lo que facilita la terapia); y el artículo 24, el cual ofrece apoyo a las familias y personas cuidadoras, tanto en centros como en su propio domicilio.

Otro documento importante es el Plan de Cuidados Paliativos en Aragón (2009). Tiene como finalidad asegurar la mejor atención sanitaria y de cuidados al paciente con una enfermedad avanzada o terminal y a su familia, basada en el control de síntomas y el soporte emocional, y en la promoción del confort, así como la formación en la prestación de cuidados al paciente y a las personas más cercanas a él, y el apoyo al duelo.

3.6. Análisis del contexto.

A continuación se va a analizar la realidad social con la que se pretende intervenir mediante el proyecto de Terapia Asistida con perros.

El proyecto está dirigido a personas con diversidad funcional de cualquier edad dentro de las tres clasificaciones mencionadas anteriormente. Debido a la carencia de datos fiables sobre la situación real en la que se encuentran estos colectivos, ha sido preciso realizar un análisis cualitativo para conocer cómo viven estas personas y que necesidades presentan, así como las causas que las generan para que se puedan buscar respuestas coherentes a dichas necesidades. En Zaragoza hay un mayor número de varones con estos tipos de discapacidad respecto a las mujeres. Desde una perspectiva de género, la distribución por sexo y tramos de edad resulta muy interesante, ya

que a medida que avanza la edad del grupo se incrementa la proporción de las mujeres dentro del mismo.

En cuanto al segundo ámbito de actuación, se intervendrá con pacientes de cualquier edad y patología que requieran de cuidados paliativos. No obstante, se diferencian dos grupos de pacientes con enfermedad avanzada o terminal:

- Paciente oncológico: Presencia de enfermedad neoplásica documentada, progresiva y avanzada con escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento específico. Su pronóstico de vida es limitado: el 90% de los pacientes es previsible que fallezca antes de 6 meses.
- Paciente con patología crónica no oncológica: Pacientes que presentan enfermedad avanzada, incurable y progresiva que afecta a su autonomía personal, con un pronóstico de vida limitado, y que precisan cuidados sanitarios continuados.¹⁴

En cuanto a este segundo grupo de pacientes se espera que las necesidades de cuidados paliativos se incrementen en los próximos años debido al envejecimiento de la población y a la mayor supervivencia de los procesos crónicos.

3.6.1. Vía de intervención para el Trabajo Social en las TAAC

A continuación se realizará un recorrido por las diversas definiciones que se le ha ido dando al Trabajo Social por diferentes autores, para finalmente mostrar las aportaciones del Trabajo Social dentro de las TAAC.

Mary Richmond (una de las pioneras del trabajo social en EEUU) define el Trabajo Social como: El arte por el que se realiza una acción con y para personas diferentes colaborando con ellos para lograr al mismo tiempo su mejora (progreso) y el de la sociedad (Richmond, 1992).

En 1922 publicó su obra "Caso social individual" en ella define el trabajo social con casos como el conjunto de métodos que desarrollan

¹⁴Programa de Cuidados Paliativos de Aragón 2009. Consultado: 20 Marzo 2014.

la personalidad reajustando consciente e individualmente a la persona a su medio social.

El logro de esta adaptación exige al trabajador social al menos la comprensión de ambas cosas, la persona y el medio, ello implica el uso de técnicas adecuadas para poder producir un cambio en esa situación. También dice que implica una política en esa forma de actuar: el apoyo como método de educación y hacer partícipe en esos cambios a la persona implicada.

Moix Martínez define el Trabajo Social como una actividad de ayuda técnica y organizada ejercida sobre las personas, grupos y comunidades tratando de ayudarlas a que se ayuden a sí mismas con el fin de procurar su más plena realización y su mejor funcionamiento social y mayor bienestar y esto se hará con la activación de los recursos internos y externos principalmente los ofrecidos por los servicios sociales y otras instituciones, por lo tanto, se trata de una actividad técnica que se estudia, se aprende y se enseña. También requiere un cuerpo de conocimientos que incluye teoría y práctica y utiliza técnicas y métodos que le son propios originando así una disciplina científica con los correspondientes estudios que se dan en la universidad.

El trabajo social se da en familias, grupos y comunidades dando lugar a sus tres niveles de intervención o métodos de intervención. El objetivo del trabajador social es ayudar a las personas y ayudarse a sí mismo para lograr su plena realización, su mejor funcionamiento social y su mayor bienestar.

Las TAAC son una estrategia de intervención dentro del trabajo social. El trabajador social aporta la rama social, desde la integración real del individuo, el empoderamiento, el aprendizaje de nuevas habilidades sociales y el trabajo con familias, para un desarrollo adecuado del individuo en sociedad.

3.6.2. Papel del Trabajo Social en cuidados paliativos en relación a las TAAC.

El criterio filosófico de los cuidados paliativos señala que la unidad a tratar son el enfermo y su familia. Serán estos quienes señalarán sus necesidades y prioridades para conseguir mejoría en el bienestar y en su calidad de vida (Novellas Aguirre de Cárcer, 2000).

La enfermedad avanzada da lugar a nuevas situaciones que generan una serie de necesidades y, como consecuencia, un conjunto de demandas que deberemos solventar.

Los objetivos generales del trabajador social, así como los del resto del equipo, van encaminados al confort y a la calidad de vida que también deberían ser definidos por la persona enferma y su familia.

Los objetivos específicos se definirán marcando unos propósitos terapéuticos y un plan de actuación adecuado a cada circunstancia.

La brevedad del tiempo de que disponen los profesionales puesto que están tratando con personas con enfermedad terminal condiciona las actuaciones, y por ello, la intervención social debe ir encaminada a resolver aspectos concretos.

Teniendo en cuenta que el resultado final es llegar a conseguir la mejoría de la atención a la persona enferma, se cree que la intervención social debería ir encaminada hacia la consecución de unos objetivos, como son aliviar el impacto producido por la enfermedad a través de la comprensión; favorecer el aumento de la capacidad cuidadora propiciando la autonomía y seguridad en la participación de los cuidados; fomentar la comunicación entre los implicados; compartir la diversidad de circunstancias y/o problemas que se produzcan en cada situación; reforzar los propios recursos; orientar hacia recursos más idóneos o asesorar para conseguir una buena evolución del proceso de duelo.

3.6.3 Papel del Trabajador social en la Diversidad Funcional en relación a las TAAC

El Bienestar de las personas depende de sus objetivos. Estos objetivos guían sus decisiones y acciones, configurando el modo en que perciben su entorno y su vida emocional. Nadie puede hacer mucho por una persona si no es ayudarle a conseguir sus objetivos o, a veces, ayudarle a cambiarlos por otro. Pero en cualquier caso nunca frustrarlos (Salcedo Megales, 2001).

Los trabajadores sociales deben ayudar a las personas con discapacidad a mejorar sus posibilidades de éxito en la consecución de sus objetivos. El respeto a la autonomía y la determinación son imprescindibles para responder a las exigencias de los modelos actuales de abordaje de la discapacidad. Otras premisas deben marcar nuestro interés de conocimiento en esta materia.

Las dificultades que encuentran las personas con discapacidad obedecen a dimensiones multicausales lo que produce una diversa y heterogénea casuística, por lo que las respuestas deben ser individualizadas. Perduran las imágenes sociales que vinculan las personas con discapacidad a vulnerabilidad, dependencia, compasión o improductividad.

La atención social a las personas con discapacidad debe inspirarse en los principios de normalización, igualdad de oportunidades, y participación plena en la vida social.

La igualdad de oportunidades implica la adopción de políticas integrales, lo que exige mayores esfuerzos de coordinación para rentabilizar los esfuerzos.

Los profesionales pueden ser agentes de promoción pero también pueden incurrir en el paternalismo generador de dependencia. En definitiva los profesionales deben dar respuestas a las necesidades que presentan los individuos con discapacidad. El papel que se debe desempeñar, dependerá de las necesidades presentes en cada

momento, en función a los niveles de intervención, y los niveles de integración (Díaz Jiménez, 2003)

Para el Trabajo Social el empleo de terapias con perros facilita la intervención tanto con personas con diversidad funcional como en enfermos con tratamiento paliativo. En la mayoría de casos el perro trabaja dimensiones de la persona o crea un clima de cercanía que el profesional no podría mantener, e incluso muchos de los beneficios que se obtienen no serían posible si la ayuda de animal.

3.6.3. El Papel del animal dentro de la relación terapéutica

En el siguiente apartado se explicará las características y funciones que tiene el animal dentro de una sesión de psicoterapia.

En la TAAC el terapeuta incluye al animal, generalmente un perro, como parte integral del proceso terapéutico. Uno de los beneficios más importantes, es que el perro fortalece la alianza y facilita la interacción con el paciente.

Como se ha mencionado las TAAC puede desarrollarse en una variedad de contextos.

Las sesiones terapéuticas, por los temas que en ella se tratan y principalmente cuando recién se comienza el proceso, producen sentimientos de ansiedad muy intensa en los pacientes.

El beneficio fundamental de las TAAC es que la presencia del animal como co-terapeuta, produce un efecto de calma y promueve un sentido de seguridad en los primeros contactos más difíciles de alcanzar en su ausencia

Jugar y acariciar a un animal al principio de la sesión, disminuye la tensión, fomentando la confianza necesaria para generar un contexto de unión y cercanía entre los presentes. Además de facilitar la predisposición del paciente al tratamiento, aumentando su motivación y adherencia al mismo.

Otro aporte del animal es que muchos pacientes se relacionan e interactúan más fácilmente con él que con el terapeuta. Algunas personas hablan con el animal y en reiteradas ocasiones hablan a

través de ellos sobre lo que les ocurre a ellos mismos en su interior. Tener el animal en la sesión, facilita la exploración de los sentimientos del paciente. Mientras la persona relata determinadas situaciones o cuando emociones y sentimientos muy fuertes comienzan a aparecer, el sostenerlo y acariciarlo, relaja y genera mayor comodidad para poder experimentar dichas vivencias y poder tramitarlas de mejor manera (Roposa Roblejo, García Wilson, & Puente Sani, 2009).

3.6.4 Ley de la Dependencia: reto aún pendiente para las TAAC.

Otro elemento a tener en cuenta dentro de las causas que generan las necesidades de ambos colectivos es la ley de la dependencia.

Ésta tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español. (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

Esta Ley se inspira en un amplio abanico de principios de los cuales se destacan (en relación con las TAAC):

Tabla 1, Principios de la ley de la dependencia y su relación con las TAAC.

El carácter público de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley.
La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres.
La valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real.
El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.
La participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen en los términos previstos en esta Ley.

Elaboración propia

La Ley aunque parte de un principio positivo como es el reconocimiento del derecho individual de todas las personas a recibir atención en situación de dependencia, supone un reto para las TAAC, ya que trata de llevar una función asistencialista y no integradora (recordando el modelo bio-psicosocial). No contemplando otros servicios, prestaciones o terapias más innovadoras que traten de mejorar la calidad de vida de las personas, pero no desde paliar la enfermedad o la discapacidad sino que trabajen otras dimensiones del individuo que hasta entonces no se habían tenido en cuenta.

También define la dependencia como *“El estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que por razones de falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar actos corrientes en la vida diaria”*. Esta definición supone una visión muy restrictiva de la dependencia si tenemos en cuenta la variedad de circunstancias que pueden generar cierta falta de autonomía o la pérdida total para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Tampoco contempla la necesidad de que todos en un momento

determinado de nuestra vida podemos necesitar ciertos cuidados o atenciones especiales sin que tenga que ser algo duradero. Aunque es cierto que supondrá para las personas más afectadas una mejora de su situación. La ley de la dependencia no tendría ningún sentido para una persona en fase terminal pero si durante el período de retroceso.

Uno de los principios que recoge la ley es la Universalidad sin embargo, no tiene nada que ver con un sistema de protección social que pretende ser universal, ya que restringe su aplicación por razón de edad, grados de dependencia, nacionalidad o poder adquisitivo. Esto resulta excluyente para muchas personas que puedan necesitarlo, si es universal su acceso debe ser gratuito para todos.

Por último señalar, la importancia de la aceptación de la diversidad, con el objetivo de ampliar la visión y fomentar la integración de estas personas, y que mejor forma que a través de terapias alternativas e innovadoras.¹⁵

3.6.5 Modelo sistémico: un marco de intervención para las TAAC

Tradicionalmente, los profesionales del Trabajo Social han utilizado una metodología teórico-práctica tradicional, para llegar al diagnóstico del problema expresado, siempre se ha estudiado la naturaleza interna de las personas, y se ha buscado las causas, que han motivado producido esa perturbación. Este tipo de investigación tiene como meta la clasificación del individuo como inadaptado social en base a un patrón de "normalidad". También en este tipo de investigación aparece la clasificación de las personas en razón de una serie de caracteres internos de los mismos y que revelan una situación de desequilibrio o conflicto.

La unión de estas dos explicaciones tradicionales de los fenómenos sociales y por tanto de los problemas sociales, tiene como

¹⁵ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
<http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>.

finalidad un diagnóstico clínico basado en la enfermedad y en la curación individual como meta final.

Bajo esta supuesta visión de los problemas llevaría a explicar el porqué de una conducta, a buscar en el interior de las personas, aislándolas de su medio habitual; curarlas y devolverlas sanas y funcionales al sistema. La intervención se limita a paliar los efectos negativos producidos por la misma. En las últimas décadas se están produciendo multitud de cambios.

Partiendo de la ruptura del marco individualista tradicional se propone responder al porqué de determinadas conductas en términos de contextos y de las interrelaciones que se produce en ellos y entre ellos.

Todas estas manifestaciones científicas obtienen como resultado un nuevo enfoque o paradigma un modelo teórico práctico para la intervención familiar: el sistémico (Minuchin; Fishman,1984).

El modelo de la teoría sistémica explica el sistema familiar desde sus cuatro componentes: la interacción familiar, la estructura familiar, la función familiar y el ciclo vital familiar. La familia se concibe en el modelo sistémico como un sistema abierto, estable, gobernado por reglas, compuesto por subsistemas jerárquicos, inmerso en un suprasistema y con historia (Minuchin; Fishman,1984).

3.6.6 Definición del término familia, papel principal en las TAAC

La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, que difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales (Minuchin,1997).

La familia es un grupo natural que con el curso del tiempo ha creado pautas de interacción con las cuales rige su comportamiento y recrea una determinada estructura.

Según Minuchin, la estructura familiar es el conjunto de demandas funcionales encargadas de organizar la interacción de los miembros dentro y fuera del sistema. Dentro de esa organización y

para que se produzca la interacción, se crean pautas y patrones de conducta, en los que están insertos, de forma implícita, toda una carga de valores, secretos, normas, sistemas de creencias, reglas, mitos., etc., que son introducidas en el sistema familiar de generación en generación, confirmando estructuras determinadas de comunicación sistémicas (Minuchin, 1981).

Dicha estructura familiar, tiende a cambiar y a readaptarse al medio con el paso del tiempo. Esto se debe tanto al impulso propio de cada uno de los miembros del sistema familiar, como a la necesidad de adecuarse en sus comportamientos e interrelaciones a las exigencias y condicionamientos de la sociedad en que está inserto ese sistema.

La estructura familiar sólo puede ser vista en movimiento; dinamizando a la familia como una unidad relacional e interdependiente, podremos averiguar su estructura interna, y en ella sus reglas, valores, etc., y el tipo de comunicación que la familia utiliza para el reparto de las mismas, tanto interno como con los demás sistemas con los que se comunica.

3.6.7 Intervención familiar en la diversidad funcional en relación a las TAAC.

El elemento central de la intervención familiar en la actualidad es la adaptación óptima desde la familia en el hogar.

La familia es la protagonista en la ejecución con la ayuda y el apoyo de los profesionales. La integración social y la diversidad profesional que contacta con la discapacidad, provocan una relación más frecuente entre éstos y los padres y a menudo desconcierto de la familia ante la diversidad y a veces descoordinada red de servicios.

El objetivo es ayudar a estas familias, se debe conocer y valorar sus necesidades y comprender la relación que se establece entre los padres y los profesionales para poder diseñar el programa más adecuado.

Uno de los aspectos que más afectan a los familiares de estas personas es la asimilación de la discapacidad.

En primer lugar se tratan las dificultades y demandas de las familias en el ámbito de la salud, donde destacan la escasez de recursos rehabilitadores y de atención temprana y la falta de información sobre prevención y la propia discapacidad cuando comunican la noticia.

El profesional debe detectar adecuadamente las necesidades de las familias. El proceso de identificación de necesidades tiene que ver con el modelo de trabajo con familias.

Necesitan información y accesibilidad a servicios apropiados de acuerdo con la edad y características de su hijo o familiar con discapacidad; necesitan consejo y apoyo para la educación o reeducación de la persona con discapacidad; necesitan orientaciones y apoyos en relación con los hermanos y otros miembros de la familia; resulta indispensable una relación estable y continuada con la institución de contacto.

Necesitan apoyos para mejorar la autoestima para fortalecer la pareja y el nivel competencial paterno; precisan la existencia de redes de apoyo social y comunitario para el desempeño de su rol como padres y para promover su calidad de vida; Precisan orientaciones para promover la educación emocional y la autonomía de su hijo. Por último, las familias necesitan profesionales cualificados que asegure la competencia de los profesionales en el trato con las familias (Díaz Jiménez, 2003). Todo esto puede trabajarse a través de las terapias.

3.6.8 Intervención familiar en cuidados paliativos en relación a las TAAC

El trabajador social es el profesional que hace de enlace entre las necesidades de la persona y las instituciones existentes. Es el hilo conductor entre el enfermo y su familia, acercándoles al recurso social que mejor proceda. Trabaja en estrecha coordinación con el resto del Equipo de la Unidad y con los servicios sociales generales y específicos, bien sea en el sistema público o privado.

La función del trabajador social en cuidados paliativos está basada en la autodeterminación del paciente y la familia, la individualización (tratar cada caso como único), aceptación del paciente y la familia tal cual son, sin prejuicios y nunca juzgando y confidencialidad.

Así pues, las principales funciones a desempeñar por el trabajador social en Cuidados Paliativos deben ser: Preventivas y Asistenciales.

Función preventiva

Un aspecto fundamental en el abordaje y cuidado integral del enfermo y de su núcleo familiar es intentar adelantarnos a la demanda, saber detectar las necesidades latentes, con el fin de no actuar cuando ésta produce sus efectos negativos, sino antes; actuando, pues, de forma preventiva. La prevención de situaciones de riesgo como la claudicación de los cuidadores uno de los pilares básicos donde ha de actuar fundamentalmente el trabajador social.

Función asistencial

Consiste en ayudar a resolver la problemática socio-emocional del paciente y su familia para potenciar sus capacidades de adaptación tanto a la situación de enfermedad como al proceso de duelo, que supone muchas veces no poder vivir como antes de la enfermedad.

En el desempeño de la actividad el trabajador social realiza aquí una labor de ayuda, basada en diferentes bases.

Se inicia con la acogida, mediante entrevistas con el enfermo y la familia. La acogida va encaminada a facilitarles apoyo para que puedan tener una visión realista de la situación y pongan en juego sus capacidades. Una buena acogida es fundamental para establecer una relación positiva entre el enfermo, la familia y el profesional, y requiere de éste una actitud de neutralidad, acogida incondicional y empatía.

Es necesario crear un clima de acompañamiento y comunicación abierta que nos facilite ayudar durante la evolución de la enfermedad y

en la posterior situación del duelo. Hay que prestar especial atención para saber identificar los factores de riesgo social que van a precisar el tratamiento y la movilización de recursos.

Posteriormente hay que diagnosticar la situación problema mediante escalas e instrumentos de valoración social, centrándonos en el momento presente, e idear una acción concreta que resuelva la crisis. Para ello la intervención social deberá focalizarse en la resolución de problemas. Esto implica atender las necesidades y potenciar los recursos del paciente y la familia. Aquí el trabajador social desempeña una labor de gestión de recursos intentando cubrir las necesidades sociales descubiertas. No hacerlo adecuadamente puede provocar una serie de miedos y preocupaciones que pueden dificultar la adaptación a la situación de enfermedad.

Realizado este proceso, quedaría inacabado si no lleváramos a cabo una evaluación de los resultados y buen seguimiento del caso, centrando siempre la atención en el paciente y su familia en la toma de decisiones y la realización de acciones para intentar normalizar el proceso de enfermedad y su influencia posterior en los familiares (duelos complicados)(Bermejo, 2011).

3.6.9 Intervención familiar en el duelo

El fallecimiento de una persona supone para la familia una pérdida, es decir, un miembro interactuante falta; la tarea será reestructurar y realinear las relaciones familiares sin el ausente. (Minuchin & Fishman, 1984).

Minuchin señala que la familia que ha sufrido una muerte o deserción puede tropezar con problemas para reasignar las tareas del miembro que falta. Los miembros de estas familias pueden vivir sus problemas como la consecuencia de un duelo incompleto. Pero si el terapeuta obra con este supuesto, puede cristalizar a la familia en lugar de ayudarla para que avance hacia una organización nueva.

Walsh y McGoldrick definen diferentes etapas con sus tareas correspondientes que facilitan la consecución de los cambios evolutivos. El proceso es como sigue la familia operando como sistema enfrenta una pérdida y reacciona ante ella mediante un proceso circular de influencia en el que participan todos sus miembros que se fortalecen mutuamente. La muerte de un miembro de la familia trastorna el equilibrio de ésta. La adaptación a la pérdida entraña una reorganización del sistema en lo inmediato y en el largo plazo.

Las autoras identifican cuatro tareas familiares necesarias:

1. Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte.
2. Experiencia compartida del dolor de la pena.
3. Reorganización del sistema familiar.
4. Reinversión en otras relaciones y metas en la vida.

Es importante que la familia asuma la pérdida como un fenómeno doloroso, pero del cual hay que hablar. Es bueno que puedan expresar también otro tipo de sentimientos.

La complejidad del duelo.

Comúnmente se cree que el no recordar a la persona fallecida es la etapa final, sin embargo, consideramos que el buen término se consigue cuando el sujeto perdido puede ser evocado y circular libremente en el contexto familiar, sin que constituya un descontrol emocional. Los sujetos deberán haber pasado por momentos de desesperación, ira, tristeza, desconsuelo, confusión y reconciliación con la realidad.

El contexto óptimo donde puedan circular los sentimientos tan contradictorios antes señalados debe parecerse en algún sentido a un contexto psicoterapéutico. Bowen en este sentido habla de sistemas relacionales abiertos y cerrados; el primero es aquel en el cual un individuo es libre de comunicar una parte notable de pensamientos, sentimientos y fantasías interiores a otros que a su vez pueden responderle del mismo modo. Se habla de un contexto de intimidad donde los sujetos no teman mostrar los aspectos vulnerables de sí

mismos por temer una derrota. En definitiva, un contexto donde se encuentre comprensión, donde el otro o los otros pueden hablar de sus problemas sin sentirse criticado, ni juzgado; sin temer el abandono o la vergüenza, donde se le intente comprender en sus dificultades y se le permite retroceder a sus orígenes (Barbagelata, 1994)(35-39). Todo esto puede conseguirse a través de las TAAC, la simple presencia del perro facilita la expresión de sentimientos y emociones, ya que crea un clima de confianza y cercanía en el que la persona se siente seguro para ello.

4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN: *CANISFIDELIS*, LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN LAS TAAC

El diseño del proyecto es el resultado de todo el proceso de investigación y fundamentación realizado previamente. Se titula Canis Fidelis que traducido al castellano sería el perro fiel o la fidelidad del perro. Durante este apartado se explicarán diferentes apartados desde el análisis del diagnóstico previo, objetivos tanto generales como específicos, actividades, metodología que se llevará a cabo, temporalidad, recursos, presupuesto y para finalizar una evaluación tanto a los usuarios como a la labor de los profesionales y logros del proyecto.

4.1 Necesidades sociales, estrategias de intervención y pertinencia del proyecto

En el siguiente apartado se recogerán las necesidades de ambos colectivos más significativas y las diferentes estrategias de intervención desde el trabajo social con su vinculación con las TAAC.

4.1.1 Causas que generan las necesidades de ambos colectivos

En este apartado se realiza un análisis de las causas más relevantes que generan ciertas necesidades en personas con diversidad funcional y enfermos terminales de más actualidad.

Entre todas las necesidades que pueden experimentar las personas con diversidad funcional y los pacientes en tratamiento paliativo se destacarán dos, la exclusión social (debida a su consideración de colectivos vulnerables) y la sobreprotección por parte de su entorno.

4.1.1.1 Exclusión

Este proyecto entiende por exclusión social como *"un proceso social de separación de un individuo o grupo respecto a las posibilidades laborales, económicas, políticas y culturales a las que otros sí tienen acceso y disfruta"* (Giner, 1998).

La expresión exclusión social se entiende en el presente como un fenómeno estructural que se relaciona con procesos sociales que conducen a que ciertos individuos y grupos se encuentren en situaciones que no permiten que sean considerados como miembros de pleno derecho de la sociedad. Se puede decir que existe cierto consenso al considerar la exclusión social como negación de derechos sociales y de oportunidades vitales fundamentales (Giner, 1998).

La Diversidad Funcional y la enfermedad terminal son el elemento que desencadena la marginación de estas personas, que además se alimenta de estereotipos que la rodean, siendo las condiciones del propio sistema las que fomentan la situación de marginalidad.

Las personas tienen que vivir en unas condiciones de desventaja respecto al resto de los ciudadanos, como consecuencia de distintas barreras que impiden su participación. Estas barreras son las que impiden su acceso al sistema laboral, social, económico, político y cultural, lo que les conduce a una situación de exclusión social (Díaz Jiménez, 2003).

4.1.1.2 Sobreprotección

La aparición de una discapacidad o una enfermedad en fase terminal en el seno de la familia supone un cambio inesperado que genera inestabilidad y desorientación. La magnitud del impacto depende del tipo y grado de disfunción, la brusquedad en su aparición, su pronóstico y evolución, y las características de la persona y la familia.

La vida da un giro importante: especialistas, rehabilitación, medicación, etc. Aspectos que estaban más o menos regulados, trabajo, economía, ocio, amistades, etc., pasan a ser fuente de conflicto. La familia abandona otras actividades, renuncia a la independencia, posterga proyectos y dedica un máximo de tiempo y de energía para atender a la persona (Díaz Jiménez, 2003).

La interacción familia-discapacitado-enfermo se altera. Se pasa del “rechazo” al exceso de responsabilidad y la sobreprotección. La persona puede demandar exceso de atención y llegar a “manipular” la mayoría de interacciones familiares, organizándolas entorno a su disfunción (Díaz Jiménez, 2003).

La adaptación familiar y personal a la discapacidad o la enfermedad implica un proceso que se mueve entre dos tendencias: el estancamiento y el crecimiento. La familia tiende de modo natural a mantener su estabilidad a pesar de las diversas perturbaciones. La resistencia al cambio hace que en ocasiones no se reconozca la evidencia, actuando como si nada hubiera pasado, o introduciendo cambios superficiales. La crisis y desequilibrios surgen en todas las familias, y son las que se resisten a cambiar y se quedan “enganchadas” repitiendo esquemas de interacción ineficaces las que presentan más dificultades. (Díaz Jiménez, 2003)

Para asegurar la estabilidad será preciso asignar responsabilidades, planificar actividades y establecer ciertas normas y pautas con suficiente claridad. Esto permite a la familia aceptar progresivamente el cambio. La tendencia al crecimiento viene así a definir por la flexibilidad, la evolución y la búsqueda de nuevas formas de funcionamiento para afrontar y adaptarse a las nuevas circunstancias (Díaz Jiménez, 2003)

La familia que debe afrontar una enfermedad o discapacidad puede hacerlo sin sacrificar el desarrollo de sus miembros y asegurando una calidad de vida aceptable. Superada la fase de ajuste inicial, atenderá menos a la situación, y volverá a dar prioridad a sus asuntos, necesidades y metas vitales que habían quedado relegados.

“Normalizará” su vida, aprenderá a convivir con ello y a tolerar cierto grado de incertidumbre. Es preciso encarar con decisión la búsqueda de la felicidad y de perspectivas de futuro (Díaz Jiménez, 2003).

La exclusión, los prejuicios y la sobreprotección son las principales necesidades que presentan ambos colectivos. Trabajar con estas personas a través de las TAAC puede generar una serie de beneficios como la motivación, el empoderamiento, la autonomía, la socialización, las relaciones Sociales y la participación.

4.2 Análisis del diagnóstico a través de las técnicas de recogida de información

Tras realizar el análisis del contexto en el que se mueven ambos colectivos, se analizarán las entrevistas realizadas a los distintos profesionales que intervienen en las terapias, haciendo un mayor hincapié en la figura del trabajador social.

Se han realizado cuatro entrevistas a profesionales de las TAAC, concretamente a dos trabajadores sociales, una especialista en TAAC y diversidad funcional, y otra no conocedora de las terapias y que trabaja en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios (Zaragoza). También a una psicóloga especialista en TAAC y a un técnico en intervenciones caninas.

Otra de las técnicas utilizadas ha sido la observación participante. He podido acudir a 4 sesiones de terapia de aproximadamente 50 minutos de duración con usuarios con diversidad funcional para analizar como discurren.

He fijado tres variables a analizar en función del papel de la familia, del papel del profesional y los beneficios que según los entrevistados generan en el individuo, dando validez y confianza a las TAAC.

VARIABLES/ ENTREVISTAS	Sexo	Profesión	Centro	Papel del profesional	Papel de la familia	Beneficios de las terapias
Entrevista 1	Mujer	Trabajadora social	Espacio Itaca	Apoyo socio-emocional. Enseñanza de habilidades sociales. Intervención familiar.	La familia es imprescindible para el cumplimiento y compromiso de los objetivos tareas terapéuticas.	Empatía con el animal, expresión libre de sentimientos y emociones, reducción de ansiedad, proyección de emociones en el perro.
Entrevista 2	Mujer	Trabajadora social	UCP HSJD	Apoyo socio-emocional.	Es muy importante, ya que las familias están muy sobrecargadas, y si los pacientes ven eso se sienten peor. Hay que fijar unos objetivos con las familias para trabajar las necesidades que presenten.	Son beneficiarias directamente para las familias e indirectamente para el paciente. Mejora del estado de ánimo, disminuye el sentimiento de culpabilidad. Y ayuda a la exploración y expresión de sentimientos.
Entrevista 3	Mujer	Psicóloga	Espacio Itaca	Aporta la rama psicológica cognitiva-conductual. Pudiendo objetivar y marcar beneficios emocionales, cognitivos y psicosociales	Es muy importante, la familia juega un papel fundamental en las TAAC. Favorece al cumplimiento de los objetivos terapéuticos.	Aporta un estímulo motivador, diferente y estimulante.

Entrevista 4	Hombre	Guía Canino	Espacio Itaca	Mi labor va enfocada al trabajo con el animal. Su supervisión durante la sesión, aunque tengo que tener nociones sobre los perfiles de los usuarios.	Es importante siempre.	<p>El primer beneficio es la motivación, el romper la barrera emocional.</p> <p>Otro sería la cercanía y la confianza que se genera entre el profesional y el usuario.</p> <p>Y por último, la proyección emocional.</p>
--------------	--------	-------------	---------------	--	------------------------	--

Tabla 2, Registro de entrevistas a profesionales de las TAAC.

Elaboración propia.

4.2.1 Resultados

A continuación expondré los principales resultados de las entrevistas realizadas a los diferentes profesionales y su relación con las TAAC.

Los resultados extraídos muestran como la importancia de poner en marcha dichas terapias puede resultar una alternativa complementaria a una terapia bajo cualquier modelo terapéutico, y más si se aporta la figura del trabajador social, ya que intervendrá en dimensiones del individuo y su familia más particulares como la integración real del individuo, empoderamiento, apoyo socio-emocional o trabajo con familias para un adecuado desarrollo del individuo en sociedad.

Con las TAAC lo que se trata es adaptar al perro al desarrollo de la sesión, incluyendo los mismos objetivos y sin embargo, obteniendo más beneficios. Las dinámicas integran el papel del animal como un terapeuta más, sirviendo de soporte en las mismas, provocando un ambiente más relajado y proclive a la expresión libre de emociones y sentimientos, consiguiéndose así romper la barrera emocional en base

a la sesión y al terapeuta. El individuo se siente más motivado con la presencia del animal, ya que este genera un clima de cercanía y confianza, que ayuda a quitar “hierro” al asunto, y si el profesional sabe hacerlo bien podrá conseguir grandes beneficios y resultados asombrosos.

Estos beneficios no solo van dirigidos a la figura del usuario sino también a su familia. Según los entrevistados las TAAC son beneficiarias directamente para las familias e indirectamente para el usuario. El papel de éstas es imprescindible, puesto que suponen el soporte de apoyo y el canal de socialización básico para el cumplimiento y el compromiso de los objetivos y tareas terapéuticas. Sin ellas la terapia no estaría completa. El animal es una mera herramienta, lo importante es que el individuo pueda utilizarla para el logro de unos objetivos que mejoren su calidad de vida, siempre con el apoyo de su familia y un profesional que guíe el proceso.

Para concluir según los entrevistados, las terapias proporcionan un estímulo motivador, diferente y estimulante, y aunque en muchos casos genera “desconfianza”, esto viene dado porque lo novedoso y distinto en muchos casos crea dudas e incredulidad.

Ilustración 3 Las TAAC y el Síndrome de Down.

Fuente: Fundación 4 patas



4.3 Marco institucional, ámbito territorial de actuación y delimitación temporal

Este proyecto está dirigido para que una institución de ámbito privado y especializado en las TAAC pueda ofrecer este servicio a instituciones que atiendan a personas con Diversidad Funcional y/o personas en Cuidados Paliativos.

El trabajo de campo para la elaboración del análisis de la realidad ha tenido como institución de referencia Espacio Itaca, empresa pionera y experta en las intervenciones asistidas con animales, en especial con perros.

El proyecto se plantea desarrollar en Zaragoza en el marco de instituciones como Fundación Down, Autismo Aragón, DFA, Residencia Rey Fernando. Me dirijo a ellas puesto que aparte de tener un espacio, trabajan con los diferentes colectivos mencionados, aunque de momento es un proyecto que pretende afianzarse poco a poco.

Comprenderá un curso, 9 meses, siguiendo el calendario escolar de la DGA. Empezará alrededor del mes de Septiembre mediante la difusión del proyecto por las diferentes instituciones o entidades, con la

finalidad de que su puesta en marcha sea en Octubre. Y finalizará a mediados de junio tras las evaluaciones.

4.4 Objetivos generales y específicos del proyecto

Este proyecto se desarrollará en base a dos objetivos generales con sus correspondientes objetivos específicos. Uno de los generales irá destinado principalmente a los dos colectivos u ámbitos de actuación del proyecto, y el otro hacia la figura del trabajador social.

Objetivos generales:

1. Mejorar la calidad de vida de las personas a través de la participación en terapias asistidas con animales.
2. Potenciar la labor del trabajo social (funciones o papel que desempeña en las TAAC) en la mejora la calidad de vida.

Objetivos específicos para personas con Diversidad Funcional:

- 1.1. Fomentar el empoderamiento y la autonomía de los colectivos objeto de atención del proyecto.
- 1.2. Promover el aumento de sus habilidades sociales.
- 1.3. Fomentar la socialización y participación de las personas no sólo en su entorno más cercano sino en la sociedad en general.

Objetivos específicos para personas en tratamiento paliativo:

- 1.4. Aportar apoyo emocional a los enfermos en tratamiento paliativo y sus familias.
- 1.5. Crear un espacio en el que los pacientes y sus familiares puedan expresar sus emociones, en base al animal.
- 1.6. Facilitar la comprensión de la enfermedad y su naturaleza, aliviando el impacto producido por la misma.

Objetivos específicos hacia la labor del Trabajador social:

- 2.1. Vincular el Trabajo Social y las TAAC a través de funciones, métodos, técnicas y modelos propios de la profesión.

2.2. Potenciar las funciones del Trabajo Social en el fomento de las siguientes: Empoderamiento, Autonomía, Socialización, Relaciones Sociales y Participación.

4.5 Actividades para el cumplimiento de los objetivos.

Las Actividades Asistidas con perros están dirigidas a una meta que puede ir desde ejercicios terapéuticos hasta el juego con el animal; se relacionan con los intereses de la persona, tanto en relación al perro, como al tipo de actividad a realizar; tienen significado en algún nivel para la persona, ya que para la mayoría de los beneficiarios, los animales están de alguna forma relacionados con la salud y sentimientos relacionados con el amor, el cariño y vitalidad más que con rehabilitación.

En el caso de los objetivos específicos 2.1 y 2.2 no se proponen actividades, ya que la finalidad de unir TAAC y Trabajo social se plasma en las actividades que se realicen con los usuarios.

Objetivo específico 1.1.: ***Fomentar el empoderamiento y la autonomía de los colectivos objeto de atención del proyecto.***

Tabla 3, Actividades

Actividad 1.1.1			
La sesión comprenderá una sesión individual y otra familiar, ambas constarán de dos partes.			
Actividad Individual			
Partes	Actividades	Duración	Frecuencia
Primera	El usuario aprenderá las actividades básicas de la vida diaria a través de hacérselas al perro, es decir, podrá peinarlo y echarle colonia, le podrá dar de comer, lo vestirá (siempre con el respaldo del terapeuta).	40-45 min	Cada 15 días (se deja ese espacio para la evaluación de los profesionales por si hay que mejorar algo en la siguiente sesión)
Segunda	El usuario debe repetir lo aprendido sin que el terapeuta se lo indique.	40-45 min	
Actividad Familiar			
Primera	El usuario debe enseñarle a la familia todo lo que ha aprendido.	15 min	Cada 15 días (se deja ese espacio para la evaluación de los profesionales por si hay que mejorar algo en la siguiente sesión)
Segunda	Ejercicio con pictogramas en los que se muestre a una persona haciendo todo lo que ha aprendido con el perro.	35 min	
Tercera	El usuario debe hacerlo repetir lo que ha visto sobre sí mismo bajo la supervisión de su familia.	Indefinida, esta parte debe realizarla en casa	
Actividad 1.1.2			
Primera	Interactuar con el perro comprendiendo ordenes sencillas (ayuda del terapeuta)	30-35 min	Una vez a la semana
Segunda	El usuario mostrará lo aprendido a la familia sin apoyo del terapeuta	15 min	

Actividad 1.1.3			
Primera	El terapeuta comentará al usuario las cosas que sabe hacer bien el perro para que el usuario pueda contar aquello que se le da bien	20-25 min	Una vez al mes
Segunda	Posteriormente se visualizarán pictogramas de ejemplo.	20 min	

Objetivo específico 1.2.: *Promover el aumento de sus habilidades sociales.*

Actividad 1.2.1			
Partes	Actividad	Duración	Frecuencia
Parte individualizada	El terapeuta enseña los comportamientos que tiene el perro frente a una camada, y posteriormente como entre perros se relacionan. Se llevan a cabo mediante vídeos o pictogramas. Luego se hace la comparativa con las personas.	40-45 min	Dos veces al mes
Parte con la familia	Los usuarios enseñarán a la familia todo lo aprendido durante anterior sesión (esto permite crear un lazo de cooperación más fuerte entre usuario y familia)	30-35 min	

Actividad 1.2.2			
Única parte	Actividad con pictogramas de emociones y empatía que ayuden a trabajar la comunicación no violenta, es decir, la no verbal a través del aprendizaje de los comportamientos y actitudes del perro, haciendo una comparativa con las personas. Y la verbal haciendo una comparativa entre cómo se comunican las personas y las animales	40-45 min	Una vez a la semana

Objetivo específico 1.3.: *Fomentar la socialización y participación de las personas no sólo en su entorno más cercano sino en la sociedad en general.*

Partes	Actividad	Duración	Frecuencia
Con otros usuarios y familiares	Convivencia con otros usuarios y sus familiares en la que se realicen actividades dinámicas con el perro, un ejemplo de ellas sería colocarle un arnés al animal con diferentes imágenes para que puedan relacionarlo con las situaciones que se indiquen por la terapeuta. La familia podrá ayudarlos.	Toda una mañana	Al final del curso. Un fin de semana de mayo y otro de junio
	El perro llevará en el arnés imágenes con nombres de actividades que les guste hacer en su tiempo libre, deberán elegir 4, entre ellas una que no les guste. Las pegarán en una pizarra, y serán los compañeros los que deben averiguar cuál de ellas es la que no les gusta. Es una actividad dirigida a que se conozcan mejor entre los usuarios.	Toda una mañana	

Objetivo específico 1.4: *Aportar apoyo emocional a los enfermos en tratamiento paliativo y sus familias.*

Partes	Actividades	Duración	Frecuencia
Única parte	El perro realizará visitas en las habitaciones de los pacientes. Éstos podrán acariciarlos, darles de comer o peinarlos.	30-35 min	Una vez a la semana, se ajusta al estado de salud del enfermo y sus necesidades.

Objetivo específico 1.5: *Crear un espacio en el que los pacientes y sus familiares puedan expresar sus emociones, a través de la ayuda del animal.*

Partes	Actividades	Duración	Frecuencia
Única parte	En el arnés del perro se colocaran cartulinas con diferentes sentimientos. Tanto la familia como el paciente elegirán aquellos que más se asemejen con su estado de ánimo y las compartirán. Durante la expresión de sentimientos podrán acariciarlo y a su vez éste interactuará con ellos.	40-45 min	Una vez al mes, se ajusta al estado de salud del enfermo y sus necesidades.

Objetivo específico 1.6: *Facilitar la comprensión de la enfermedad y su naturaleza, aliviando el impacto producido por la misma.*

Partes	Actividades	Duración	Frecuencia
Única parte	Actividad en la que se compara la enfermedad de los animales con la de las personas y concretamente con la que padece el usuario. Sus dolencias y formas de afrontarla. Esta actividad beneficiará indirectamente al familiar, ya que el paciente podrá comprobar cómo éste puede sentirse al verlo así.	30-35 min	Cada 15 días, se ajusta al estado de salud del enfermo y sus necesidades.

Elaboración propia

4.6 Metodología de la intervención.

Para la puesta en marcha del proyecto contará del siguiente ciclo

1. Fase de Preparación

Durante esta fase se preparan los diferentes contenidos o apartados del proyecto. Elaborando también los soportes documentales destinados a la evaluación y cuestionarios del proyecto.

Por último, se seleccionará a los técnicos y al animal para llevar a cabo la terapia.

2. Fase de Presentación

En esta fase comienza la difusión del proyecto. Se trata de hacer llegar el proyecto a todas aquellas entidades o usuarios que puedan estar interesados.

Para ello se convocará una reunión para presentar el proyecto ante el equipo de profesionales del centro, entidad o institución.

Posteriormente, se realizará una nueva reunión con el equipo del centro para informar sobre las actividades que se pueden llevar a cabo con los usuarios, delimitando sus necesidades.

3. Fase de Selección de usuarios

Se da paso a la fase en la que se fijan los destinatarios del proyecto. En este caso los usuarios serán personas con diversidad funcional, y pacientes en tratamiento paliativo sin rango de edad específico. Habrá actividades diferenciadas para cada uno, ya que se habla de dos colectivos muy dispares y con necesidades y dimensiones a tratar distintas.

Se volverá a realizar otra reunión para aportar información a los familiares o usuarios que pudiesen estar interesados.

4. Fase de Desarrollo de las sesiones

El proyecto será llevado a cabo de Septiembre a Junio, en referencia al calendario escolar de la DGA.

Cada actividad comprenderá un tiempo determinado, puesto que se irán tratando diferentes aspectos del individuo. La duración de las mismas será siempre de 40 a 45 minutos (este es el tiempo aconsejado para el animal), excepto la actividad de convivencia para personas con diversidad funcional y sus familias que comprenderá toda una mañana. La frecuencia de las actividades variará en función de las necesidades de los participantes.

5. Fase de Evaluación y Seguimiento

Habrà dos formas de evaluación y seguimiento, una irá dirigida hacia los usuarios que participen en la terapia y otra hacia a los profesionales de la misma, concretamente nos ceñiremos al papel del Trabajador, protagonista principal del proyecto.

4.7 Recursos

4.7.1. Recursos Humanos

Para realizar las actividades programadas es necesario contar con una serie de profesionales especializados en ellas. El equipo encargado de realizar las actividades trabajará de forma conjunta para desempeñar cada una de las tareas, aportando su visión profesional en base a un diagnóstico previo de la persona.

Al presupuestar este apartado, se ha incluido el coste de:

- 1 Trabajador/a social
- 1 Psicólogo/a
- 1 Guía Canino.

El coste salarial mensual de los profesionales, a partir del cual se elabora el presupuesto es el siguiente (todos los profesionales son autónomos, la hora saldría 8.96€):

SALARIO BASE MENSUAL DE LOS PROFESIONALES	
Trabajador/a Social	1.277,50€
Psicólogo/a	1430,07€
Guía Canino	1.134,64€

4.7.2. Recursos materiales y técnicos.

Para la adecuada realización de actividades, se cuenta con una serie de recursos materiales, técnicos, y tecnológicos.

Recursos materiales

Útiles propios de oficina (papel, bolígrafos, rotuladores, cartulinas...)

Pizarra, borrador y rotuladores

Recursos técnicos**Ordenador portátil****Equipo de música****Cámara de fotos****Recursos para el animal****Alimentación****Cuidados****Veterinario****Materiales****4.8 Presupuesto****Tabla 4, Presupuesto.**

RESUMEN DEL PRESUPUESTO	
Concepto	Importe
<i>Recursos humanos</i>	
Coste total Trabajador/a Social	11497.50€
Coste total Psicólogo/a	12870.63€
Coste total Guía Canino	10211.76€
<i>Recursos Materiales</i>	
Útiles propios de oficina (papel, archivadores, bolígrafos, rotuladores, cartulinas...)	75,65€
Pizarra magnética	72,60€
Borrador y rotuladores (Pack de 4 +borrador)	7,25€
<i>Recursos técnicos</i>	
Equipo de música	53€
Ordenador portátil	499€
Gastos de fotocopias	119€
Disco duro de 1Tb	56,99€
Cámara de fotos.	119€
<i>Gastos del animal</i>	

RESUMEN DEL PRESUPUESTO	
Alimentación	50€/mes
Veterinario	50€/mes
Cuidados	50€/mes
<i>Materiales y equipamiento para el animal</i>	
Arneses	29,99€
Arnés clásico	30,76€
Collar fijo	7,99€
Correa larga	16,38€
Comederos	19,90
Colonia para perros	5,05€
Cepillo de goma para masaje	11,13
Peine especial	4,96€
Ropa	39,95€

Elaboración propia

Se estima un importe total de puesta en marcha del proyecto de **37098,49€**.

La vía de financiación para el proyecto cuenta de dos fases, una primera corresponde a la puesta en marcha del proyecto, en la cual se pedirá un aporte privado de capital por parte de una entidad bancaria en forma de crédito o préstamo. Se intentará vender el proyecto como una acción emprendedora a entidades que favorecen la innovación social o financian a emprendedores sociales (como por ejemplo entidades bancarias que valoren esa iniciativa como es el caso de BBVA, o bien como un proyecto de acción social a entidades como la CAIXA).

Una vez iniciado el proyecto y habiéndolo dado a conocer para conseguir beneficios, se ofertará a las entidades destinatarias la posibilidad de comprar los servicios y actividades que comprende dicho proyecto para su posterior desarrollo.

La idea principal es conseguir afianzar el proyecto para en un futuro presentarlo a subvenciones y concursos públicos que puedan darle una mayor financiación para mejorarlo e implantarlo en las distintas entidades que trabajen con estos colectivos.

Para que la financiación sea efectiva y no caigamos en deudas se desarrollará una evaluación de la financiación a través de la recogida mensual de la cuenta de pérdidas y ganancias, y de balances anuales que quedarán registrados en el libro de contabilidad. Siguiendo la financiación si se denota un posible peligro de endeudamiento o la falta de capital se optará por realizar campañas publicitarias y eventos que impulsen el proyecto y nos permitan conseguir accionistas que inviertan en él para seguir vendiendo a las entidades y llevar a cabo las terapias.

4.9 Temporalización

La duración del proyecto será desde septiembre de 2014 a junio de 2015. Se plantea la difusión del proyecto durante la primera y segunda semana de Septiembre para su posterior puesta en marcha en las posteriores semanas. Las dos últimas semanas de Junio estarán destinadas para la evaluación final del proyecto.

Tabla 5, Fase 1.

Fase 1	Actividades	Sept		Octubre		Abril		Junio	
		1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana
Preparación del proyecto.	Preparación de los contenidos del proyecto.								
	Elaboración de los soportes documentales destinados a la evaluación.								
	Selección del técnico y del animal para llevar a cabo la terapia.								

Elaboración propia.

Tabla 6, Fase 2.

Fase 2	Actividades	Sept		Octubre		Abril		Junio	
		1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana
Presentación del proyecto.	Reunión para presentar el proyecto ante el equipo de profesionales.								
	Reunión con el equipo del centro para informar sobre las tareas que se pueden llevar a cabo con los colectivos y delimitar necesidades de los participantes.								

Elaboración propia

Tabla 7, Fase 3.

Fase 3	Actividades	Sept		Octubre	
		1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana
Selección de usuarios	Definición de los destinatarios				
	Reunión para aportar información a los familiares o usuarios que pudiesen estar interesados				

Elaboración propia

Fase 4	Actividades	Noviembre		Diciembre		Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio	
		1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana
Desarrollo de las sesiones para personas con Diversidad Funcional	Actividades dirigidas al fomento del empoderamiento y la autonomía																
	Actividades dirigidas al aprendizaje de nuevas habilidades sociales																
	Actividades dirigidas al fomento de la socialización y la participación																

Tabla 8, Fase 4.

Elaboración propia

Etapas 4	Actividades	Noviembre		Diciembre		Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio	
		1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana
Desarrollo de las sesiones para personas en tratamiento paliativo	Actividades para aportar apoyo emocional a los enfermos en tratamiento paliativo y sus familias.																
	Actividades dirigidas a crear un espacio en el que los pacientes y sus familiares puedan expresar sus emociones, en base al animal.																
	Actividades dirigidas a facilitar la comprensión de la enfermedad y su naturaleza, aliviando el impacto producido por la misma.																

Tabla 9, Fase 4.

Elaboración propia

Fase 5	Actividades	Mayo		Junio	
		1º-2º semana	3º-4º semana	1º-2º semana	3º-4º semana
Evaluación	Evaluación final a los participantes.				
	Evaluación final de la labor de los profesionales y del proyecto.				

Tabla 10 Fase 5.

Elaboración propia

4.10 Evaluación

Todo proyecto de intervención ha de ser evaluado, ya sea durante o al finalizar su ejecución. La evaluación resulta de relevante importancia ya que gracias a ella, se pueden detectar fallos en el diseño, ejecución y en el resultado de la aplicación de nuestro proyecto de intervención. Por esto, nos disponemos a elaborar el diseño del seguimiento y evaluación del Proyecto:

¿Para qué evaluar un proyecto?

- Facilita la toma de decisiones.
- Satisface las necesidades de información y transparencia.
- Posibilita la participación de los agentes involucrados.
- Aumenta el conocimiento y la capacitación.
- Permite incrementar la eficacia de los proyectos dado que permite detectar y corregir errores y conocer si los recursos se han utilizado adecuadamente.

¿Qué se va evaluar?

- Evaluación del proceso: Se determinará si los plazos determinados, recursos materiales/ humanos han sido los adecuados.

- Evaluación de resultados: Se analizará el impacto de las actividades desarrolladas sobre la población diana del proyecto. Se estudiará si ha sido el esperado o no.

En anexos aparecen las encuestas y el cuestionario.

Las técnicas que se utilizarán para la evaluación serán las siguientes:

- ❖ Observación participante.
- ❖ Reuniones multidisciplinares para evaluar tanto las sesiones a lo largo del curso como la final.
- ❖ Cuestionario de evaluación del usuario durante la sesión.
- ❖ Encuestas de satisfacción para los familiares en cuanto a la labor de los profesionales y su grado de satisfacción hacia el proyecto.

En primer lugar, vamos a detallar los objetivos que se persiguen con la elaboración de este plan:

1. Diseñar un plan que abarque todos los aspectos a examinar de forma global e integradora.
2. Realizar un seguimiento y una evaluación de forma bilateral, teniendo en cuenta, tanto la opinión de los participantes y sus familiares como la de los profesionales.
3. Realizar un seguimiento después de cada sesión para comprobar los cambios que se van obteniendo y aquello que se necesita mejorar.
4. Realizar una evaluación final, durante las dos últimas semanas del mes de junio, para introducir, en caso de ser necesario, mejoras en el diseño y ejecución del proyecto.
5. Formalizar un documento en el que se detallen minuciosamente los resultados generales de la evaluación y los cambios a introducir, y puntos fuertes a destacar y potenciar.

Para realizar el Plan de Seguimiento y Evaluación, se van a determinar unos indicadores específicos para cada actividad, que a su vez está incluida en cada uno de los seis objetivos específicos que incluye este proyecto.

Estos indicadores se han diseñado en base a la finalidad que se pretende conseguir, evaluando el proceso diseñado y la obtención de los resultados esperados.

No hay que olvidar, que estamos tratando con personas con necesidades específicas y unas circunstancias particulares que pueden dar lugar a pequeñas variaciones en la ejecución del proyecto, pero sin perder la esencia fundamental que lo promueve y por la que ha sido diseñado.

Objetivo específico	Actividades	Indicadores de proceso	Indicadores de resultado
1.1. Fomentar el empoderamiento y la autonomía de los colectivos objeto de atención del proyecto	1. El usuario aprenderá las actividades básicas de la vida diaria a través de la ayuda del perro. Primero con apoyo del terapeuta y luego solo. Lo aprendido lo aplicará en casa.	El nivel de atención del usuario durante la sesión.	Conocimientos adquiridos superior a un 60% de los propuestos.
	2. Interactuar con el perro comprendiendo ordenes sencillas, primero con la ayuda del terapeuta y luego sin ella. Una vez aprendido se lo mostrará a su familia.	El nivel de implicación del usuario.	Conocimientos adquiridos superior a un 40% de los propuestos.
	3. El terapeuta comentará al usuario las cosas que sabe hacer bien el perro para que el usuario pueda contar aquello que se le da bien. Ayuda de pictogramas.	El nivel de implicación del usuario. Valorar si el material ha sido adecuado.	Grado de satisfacción del usuario tras la sesión.
1.2. Promover el aumento de sus habilidades sociales.	1. El terapeuta enseña los comportamientos que tiene el perro frente a una camada, y posteriormente como entre perros se relacionan para hacer una comparación con las personas.	Valorar si la sesión ha sido dinámica, interés de los participantes y si se puede mejorar de cara al futuro	% de resultados positivos conseguidos superior a un 70%.
	2. Actividad con pictogramas de emociones y empatía que ayuden a trabajar la comunicación no violenta.	Valorar si el material ha sido adecuado.	Grado de reconocimiento de los sentimientos de 20% (se evaluará con un test de inteligencia emocional).
1.3. Fomentar la socialización y participación de las personas no sólo en su entorno más cercano sino en la sociedad en general	1. Convivencia con otros usuarios y sus familiares en la que se realicen actividades dinámicas con el perro.	Nº de actividades que se ajustan al programa diseñado.	% de asistencia a la actividad entre un 50% y un 70%. Grado de compañerismo, solidaridad y respeto alcanzado gracias a la asistencia a las actividades de un 60%.

Tabla 11, Evaluación objetivos para personas con diversidad funcional y en tratamiento paliativo.

Elaboración propia

Objetivo específico	Actividades	Indicadores de proceso	Indicadores de resultado
1.4. Aportar apoyo emocional a los enfermos en tratamiento paliativo y sus familias.	1. El perro realizará visitas en las habitaciones de los pacientes. Éstos podrán acariciarlos, darles de comer o peinarlos.	Nº de personas que quieren participar en el proyecto, y muestran empatía con el perro.	% de resultados positivos conseguidos superior a un 70%.
1.5. Crear un espacio en el que los pacientes y sus familiares puedan expresar sus emociones, a través de la ayuda del animal.	1. En el arnés del perro se colocaran cartulinas con diferentes sentimientos. Tanto la familia como el paciente elegirán aquellos que más se asemejen con su estado de ánimo y las compartirán.	Valorar si la sesión ha sido dinámica, interés de los participantes y si se puede mejorar de cara al futuro. Disponibilidad de familiares de al menos un 40%.	Grado de reconocimiento de los sentimientos de 40%.
1.6. Facilitar la comprensión de la enfermedad y su naturaleza, aliviando el impacto producido por la misma.	1. Actividad en la que se compara la enfermedad de los animales con la de las personas y concretamente con la que padece el usuario. Sus dolencias y formas de afrontarla. Esta actividad beneficiará indirectamente al familiar, ya que el paciente podrá comprobar como éste puede sentirse al verlo así.	Sentimientos que expresan los usuarios tras la comparación de la enfermedad, y el cambio que genera en ellos sobre su enfermedad. Siendo un 60% positivos.	Grado de satisfacción tanto de los usuarios como sus familiares.

5. Conclusiones

Aunque existe evidencia, puesto que se han puesto en marcha muchos programas de terapias asistidas con perros por diferentes centros, hay poca investigación hasta la fecha en relación a las terapias aplicadas a personas con diversidad funcional o enfermos en tratamiento paliativo. La utilización de perros en terapias asistidas es un tema relativamente reciente en España, aunque últimamente está levantando gran interés.

Uno de los principales problemas que generan ese desconocimiento y en muchos casos la falta de credibilidad es la poca información acerca de la Terapia Asistida con Perros.

Apenas hay plasmada información en literatura castellana e incluso muchas de las investigaciones realizadas por profesionales de habla castellana las escriben en inglés porque tienen mayor relevancia. Por no mencionar también la nula regulación a nivel normativo.

En muchas ocasiones los posibles beneficiarios de este tipo de terapias desconocen por completo dichas terapias y los beneficios que ellas conllevan y, por tanto, no acuden a los centros que las ofrecen.

Respecto a los colectivos que se han abordado, queda patente que el hecho de incorporar un perro a la sesión puede aportar grandes beneficios a estas personas puesto que, además de recibir el cariño incondicional, contribuye en su desarrollo psico-social a través de la autonomía, el empoderamiento, el aprendizaje de nuevas habilidades sociales o el fomento de la libre expresión de sentimientos y emociones, que ayudan sustancialmente a la mejora de su calidad de vida. En definitiva, permite beneficios que sin el animal son arduos de conseguir.

Por último mencionar, la importancia del trabajo social en las TAAC. El trabajador social trata de vincular los recursos disponibles en su entorno con las necesidades sociales para ayudar a mejorar la situación de los diferentes individuos o grupos, y por consiguiente su

calidad de vida. Estas intervenciones psicosociales pueden abordarse desde una perspectiva tanto individual o grupal y en distintos contextos, lo que hace que sea una intervención más flexible y adaptable. Y uno de los recursos en los que puede basarse el trabajador social, dentro de un equipo multidisciplinar, para dar respuesta a los objetivos que se plantee ante cada intervención es la Terapia Asistida por perros. Con ella podrá trabajar aspectos del individuo o dimensiones que hasta entonces no se habían tratado al igual que con su familia, convirtiéndose en un elemento fundamental del equipo de trabajo por todo lo que puede aportar en ella.

6. Anexos

6.1. Anexo 1. Cuestionario evaluación a usuarios¹⁶

	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Se muestra aislado durante la sesión.			
Ignora al animal de compañía.			
Existe algún tipo de indicador social que facilite la iniciación a la terapia.			
Evita y aparta la mirada del animal de compañía.			
Muestra una atención escasa al animal de compañía.			
Atiende al animal de compañía pero se distrae con facilidad.			
El comportamiento del animal de compañía no difiere del adoptado hacia los objetos.			
Mantiene su interés por el animal de compañía durante la mayor parte de la sesión.			
Muestra evidencia de estar molesto por el animal.			
Ligera expectativa y conducta cohibida en los primeros minutos de la sesión.			
Acepta el animal de compañía sin evidenciar cautela, temor o inhibición.			
Generalmente muestra estar en situación de bienestar, nada le trastorna y está animado.			
Reacciona brevemente a la proximidad social, pero si no se le aproxima directamente el animal de compañía no le presta atención.			
Reacciona a la proximidad social y continúa interesado por el animal.			
Busca la proximidad social con el animal de compañía que le garantice una distancia suficiente para evitar el contacto físico.			
Acepta el contacto físico con el animal de compañía con ayuda.			
Inicia el contacto físico con el animal por su propia iniciativa.			
No se observa ningún tipo de comunicación ni con la voz, ni con el gesto hacia el animal de compañía.			
Emite sonidos vocálicos, palabras y frases estereotipados y ecológicos sin intención comunicativa.			
Se comunica con el animal utilizando los gestos y la mímica.			

¹⁶Serrano Ripoll, M. J. (2004). Manuales de evaluación de la eficacia de la terapia asistida con animales: Autismo. Barcelona: Fondo editorial de la Fundación Affinity.

Emite sonidos vocálicos, palabras y frases estereotipados y ecolálicos dirigidos al animal de compañía con intención comunicativa.
Emisión de palabras y frases adecuadas al contexto.
Rechaza toda sugerencia o solicitud del terapeuta.
No coopera durante la sesión.
Manifiesta hiperactividad, no puede estar quieto durante la sesión.
Se queda inactivo en los juegos y actividades propuestas de cuidado del animal de compañía.
Normalmente está queda inactivo en los juegos y actividades propuestas de cuidado del animal de compañía, pero responde apropiadamente con ayuda.
Aprende los juegos y actividades propuestas de cuidado del animal de compañía durante la terapia, pero se le olvida rápidamente.
Se implica en los juegos y actividades de cuidado del animal con autonomía moderada.
Se implica en los juegos y actividades de cuidado del animal con total autonomía.
Rápidamente se da cuenta de los cambios en los juegos y actividades del cuidado del animal, y se agita con facilidad.
Acepta los cambios en los juegos y en las actividades de cuidado del animal con tolerancia.
En la sesión se observan en el niño reacciones positivas y de afecto hacia el animal de compañía.
En la sesión el niño mira a la terapeuta para comprobar que ha visto lo que hace.
Hace lo mismo con la voluntaria.
Mira a sus amigos y juntos muestran afecto hacia el animal de compañía.
El niño sonríe satisfecho.
El niño sonríe a la terapeuta.
El niño muestra su alegría verbalmente.
El niño muestra su alegría hacia su familia.

6.2. Anexo2. Encuesta de satisfacción para familiares

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
¿Antes de iniciar su familiar la terapia le aportaba confianza y credibilidad?				
¿La actitud de los profesionales le ha ayudado durante todo el proceso?				
¿Cree que han realizado una buena labor?				
¿Considera que las actividades llevadas a cabo han sido las adecuadas?				
¿Considera que el tiempo ha sido el suficiente?				
¿Ha notado cambios en la persona?				
¿Ha cambiado su percepción de la terapia?				
¿Recomendaría las terapias a otras familias en su situación?				

Tabla 12, Grado de satisfacción de los familiares.

Elaboración propia

7. Bibliografía

Ander Egg, E. (1988). *Diccionario del Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitatis.

Arranz Martínez, P. (2002). *Niños y jóvenes con Síndrome de Down*. Zaragoza: Egido Editorial.

ARRIAZA C, PEREZ M, VALDES A. (2001). Impacto de la interacción de personas con animales de compañía: Implicaciones en la salud humana y relación con la Terapia Ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, Vol. 1. Pág. 29.

Barbagelata, N. R. (1994). *Duelo y desconsuelo o el interjuego de la intrasubjetividad*. *Psicopatología*, 35-39.

Baron-Cohen, S., & Bolton, P. (2003). *Autismo: Una guía para padres*. Madrid: Alianza Editorial.

Bermejo, J. (2011). *Manual básico para la atención integral en Cuidados Paliativos*. Madrid: Cáritas Española.

Corbetta, P. (2010). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw Hill.

Díaz Jiménez, R. (2003). *Personas con discapacidad. Una aproximación desde el Trabajo Social*. Sevilla: Aconcagua Libros.

Fine, A. (2010). *Manual de terapia asistida por animales. Fundamentación teórica y guía para la práctica*. San Diego, EEUU: Academic Press.

Fine, A. (2003). *Manual de terapia asistida por animales: Fundamentos teóricos y modelos prácticos*. Barcelona: Fondo editorial de la Fundación Affinity.

Gómez Sancho, M. (2003). *Avances en cuidados paliativos*. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS.

Ibarrola Coronel, T. (1972). *Algunos comentarios sobre aspectos metodológicos en la Formulación del proyecto*. Río de Janeiro.

Porta, J., Albo Poqui, A. (1998). Cuidados Paliativos: Historia Reciente. *Medicina Paliativa*, 177-185.

Martín Jorge, M., Soriano Rovira, M. A. (2006). *Diseño de proyectos y programas en intervención social*. Granada: Ediciones elle dog.

Martínez Abellán, R. (2008). La terapia asistida por animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. *Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación*, nº 9, 117-143.

Medina Fernández, M. (1995). *Autismo: Hacia la recuperación afectivo-social a través de terapia asistida por animales*. Madrid: Colección Rehabilitación.

Menabrea, L. (1843). *Scientific Memoirs*, selected from the transactions of foreign academies of science and learned societies, abd from foreing journals.

Minguijón Pablo, J. (2005). *Discapacidad y empleo. Aproximación al concepto de discapacidad*. Zaragoza: Instituto Aragonés de Empleo. Caja Inmaculada Servicio de Estudios.

Minuchin, S. (1997). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Minuchin, S., Fishman, H. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Moix Martínez, M. (1986). *Bienestar Social*. Madrid: Trivium.

Novellas Aguirre de Cárcer, A. (2000). *Trabajo Social en Cuidados Paliativos*. Madrid: Arán, Ediciones, S.A.

Perelló Oliver, S. (2009). *Metodología de la Investigación*. Madrid: Dykinson S.L.

Richmond, M. (1992). *Caso social individual*. Buenos Aires: Humanitatis.

Rodríguez Díaz, S. F. (2010). Desde la Dis-capacidad hacia la Diversidad Funcional. *Revista Internacional de Sociología* , 289-309.

Roposa Roblejo, P; García Wilson, I; Puente Sani, V y Matute Gainza, Y. (2009) Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. MEDISAN [online], vol.13, n.6, pp. 30-60.

Ruckert, J. (1994). *Terapia a cuatro patas*. Barcelona: Fondo editorial de la Fundación Affinity.

Salcedo Megales, D. (2001). *Autonomía y bienestar: La ética del trabajo social*. Granada: Comares.

Sánchez Valverde, S. (2010). *Estereotipos asociados a la discapacidad*. Madrid: Universidad de Alcalá (UAH).

Sanz Ortiz, J. (1989). Principios y práctica de los Cuidados Paliativos. Medicina Clínic. 143-145.

Serrano Ripoll, M. J. (2004). *Manuales de evaluación de la eficacia de la terapia asistida con animales: Autismo*. Barcelona: Fondo editorial de la Fundación Affinity.

Tucker, M. (2004). Action priming by brie fly presented objects. Acta Psychologica 116. 185-203.

Vallejos Izquierdo, A. (2007). *Métodos y técnicas de investigación social*. Madrid: Ramón Areces.

8. Webgrafía

- ❖ Fundación Bocalan: <http://www.bocalan.es>. Consultado: 5 Diciembre 2013
- ❖ Fundación Affinity: <http://www.fundacion-affinity.org>. Consultado: 5 Diciembre 2013
- ❖ <http://www.terapiaconperros.com>. Consultado: 27 Febrero 2014
- ❖ <http://www.taac.es> Consultado: 3 Marzo 2014
- ❖ Canemterapia www.canemterapia.com Consultado: 15 Enero 2014
- ❖ Espacio Itaca www.espacioitaca.com Consultado: 13 Enero 2014
- ❖ Somos dos www.terapiaconanimalesomosdos.wordpress.com Consultado: 15 Enero 2014

- ❖ Fundación cuatro patas www.fund4patas.wordpress.com
Consultado: 3 Marzo 2014
- ❖ Fundación Genes y Gentes: www.fundaciongenesygentes.es
Consultado: 3 de Marzo.

